

Adults only

MEDICAL HISTORY
HISTORIA MEDICA

PATIENT NAME _____
Nombre de Paciente

AGE _____
Edad

PHYSICIAN'S NAME _____
Nombre del Medico

DATE OF LAST PHYSICAL _____
Fecha del Ultimo Examen Fisico

DO YOU HAVE, OR HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING DISEASES?

Usted tiene o a tenido algunos de estas enfermedades?

	YES SI	NO NO
1) HEART MURMUR, RHEUMATIC FEVER, MITRAL VALVE PROLAPSE Soplo en el corazon, fiebre rheumatica o prolapso de la valvula mitral	_____	_____
2) CARDIOVASCULAR DISEASE, HEART ATTACK, STROKE, BLOOD CLOTS, HIGH OR LOW BLOOD PRESSURE Enfermedad cardiovascular, cuagulos de sangre, ataque de corazon, presion sanguinea alta o baja una apoplejua	_____	_____
3) ARTIFICIAL HEART VALVES OR ARTIFICIAL JOINTS Articulaciones o valvaulas del corazon artificiales	_____	_____
4) HIV/AIDS OR OTHER IMMUNOSUPPRESSIVE DISORDER VIH/SIDA a otros trastornos inmunosupresores	_____	_____
5) TUBERCULOSIS Tuberculosis	_____	_____
6) CANCER Cancer	_____	_____
7) HEMOPHILIA Hemophilia	_____	_____
8) EPILEPSY Epilepsia	_____	_____
9) ASTHMA Asma	_____	_____
10) HEPATITIS, JAUNDICE, LIVER DISEASE Hepatitis, ictericia o enfermedad del higado	_____	_____
11) HERPES Herpes	_____	_____
12) ALLERGIES TO MEDICINES, DRUGS, OR ANESTHETICS Alergias a medicinas o drogas o anestesia	_____	_____
13) STOMACH ULCERS Ulceras de estomago	_____	_____
14) DIABETES Diabetes	_____	_____
15) THYROID CONDITION Condicion de tiroides	_____	_____
16) NERVOUS BREAKDOWN Averia nerviosa	_____	_____
17) KIDNEY PROBLEMS Problemas de rinon	_____	_____
18) VENERAL DISEASE Enfermedades veneras	_____	_____
19) SINUS TROUBLE Problema de sinusitis	_____	_____
20) HIVES OR SKIN RASH Las colmenas o pela el sarpullido	_____	_____
21) ARTHRITIS Artritis	_____	_____
22) ARE YOU ALLERGIC TO PENICILLEN? Son ud. alergico a la penicilina?	_____	_____
OTHER; PLEASE SPECIFY Otro; Especifique, por favor _____	_____	_____

23) ARE YOU UNDER THE CARE OF A PHYSICIAN?

Esta ud. bajo el cuidado de un medico? _____

FOR WHAT CONDITIONS?

Por el tratamiento de que condiciones? _____

24) HAS THERE BEEN ANY CHANGE IN YOUR HEALTH IN THE LAST YEAR?

A habido cualquier cambio en su salud en el ano pasado _____

FOR WHAT CONDITIONS?

Para que condiciones? _____

WHAT MEDICINES ARE YOU TAKING AT THIS TIME?

Que medicinas son ud. tomando en este momento? _____

HAVE YOU EVER HAD A BAD REACTION TO ANY MEDICINE? IF SO, WHAT?

Ha tenido ud. alguna vez una reaccion adversa a algun medicamento? Si la respuesta es afirmativea, a que? _____

25) IF THE PATIENT IS A WOMAN: DO YOU SUSPECT THAT YOU ARE PREGNANT?

Si el paciente es una mujeres: Sospecha ud. que esta embarazada? _____

26) ARE YOU NURSING?

Esta ud. amamantando a un bebe? _____

IS THERE ANYTHING ELSE WE SHOULD KNOW ABOUT YOUR MEDICAL HISTORY?

Hay alguna otra cosa que nosotros deberiamos saber sobre su historia medica? _____

THIS INFORMATION IS ACCURATE AND COMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND IS ONLY FOR USE IN MY TREATMENT, BILLING AND PROCESSING OF INSURANCE FOR BENEFITS FOR WHICH I AM ENTITLED. I WILL NOT HOLD MY DENTIST OR ANY MEMBER OF THIS STAFF RESPONSIBLE FOR ANY ERRORS OR OMISSIONS THAT I MAY HAVE MADE IN THE COMPLETION OF THIS FORM.

La informacion de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el unico objeto de que se use en mi tratamieneto, para facturacion, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no hare responsable a mi dentista ni a ningun integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

DATE _____
Fecha

SIGNATURE _____
Firma