Chino Valley Oral Surgery

12860 10th St Ste A, Chino, CA 91710
(909) 591-0241 · Fax (909) 591-1691

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL EXPEDIENTE DEL HISTORIAL CLÍNICO

Este expediente completo y confidencial es importante para nuestros registros y para su salud

¿Ha sido paciente de este consultorio anteriormente? ☐ **SÍ** ☐ **NO** Fecha aproximada _____

Paciente _____ Apodo _____ Fecha _____

Domicilio _____

Teléfono _____ Ciudad _____ Código postal _____

MARQUE CON UN CÍRCULO: SRTA. SRA. SR. DR. DRA. REV.

SOLTERO(A) CASADO(A) SEPARADO(A) DIVORCIADO(A) VIUDO(A)

Correo electrónico _____ Farmacia preferida _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ N.º de Seguro Social _____ N.º de licencia de conducir _____

Ocupación _____ Empleador _____

Domicilio del trabajo _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Teléfono donde podemos localizarlo(a) durante el día _____

SI EL PACIENTE ES CASADO(A), COMPLETE ESTA SECCIÓN

Nombre del cónyuge _____ Ocupación del cónyuge _____ N.º de Seguro Social _____

Empleador del cónyuge _____ Teléfono _____

Domicilio _____ Ciudad _____

SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD SOLTERO (MENOR DE 21 AÑOS), COMPLETE ESTA SECCIÓN

Nombre del padre, madre o tutor _____ N.º de licencia de conducir _____

Persona responsable del pago _____ N.º de Seguro Social _____

Ocupación _____ Empleador _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Nombre del familiar o contacto más cercano que no viva con usted _____ Parentesco _____

Domicilio _____ Teléfono _____

TODOS LOS PACIENTES

Médico _____ M.D. Ciudad _____ Teléfono _____

Dentista _____ D.D.S. Ciudad _____ Teléfono _____

Ortodoncista _____ D.D.S. Ciudad _____ Teléfono _____

ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DE LA PERSONA O DEL DOCTOR QUE LO(A) REFIRIÓ A ESTE CONSULTORIO

Nombre _____ Domicilio _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

MÉDICO	SEGURO DENTAL PRINCIPAL	SEGURO DENTAL SECUNDARIO
Nombre	Nombre	Nombre
Domicilio	Domicilio	Domicilio
Nombre del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza	Nombre del titular de la póliza
Fecha de nacimiento del titular	Fecha de nacimiento del titular	Fecha de nacimiento del titular
N.º de Seguro Social del titular	N.º de Seguro Social del titular	N.º de Seguro Social del titular

POR FAVOR, VOLTEE LA HOJA Y COMPLETE EL HISTORIAL DE SALUD EN EL REVERSO

Chino Valley Oral Surgery

12860 10th St Ste A, Chino, CA 91710
(909) 591-0241 · Fax (909) 591-1691

HISTORIAL DE SALUD

Por favor, responda cada pregunta marcando la columna "SÍ" o "NO"

☐ **SÍ** ☐ **NO** **1.** ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud?

a. Si no, ¿qué condiciones médicas tiene? _____

2. Mi último examen físico fue el _____

3. ¿Qué operaciones o cirugías le han hecho? _____

4. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o condición grave como las siguientes? (marque con un círculo)

SÍ	NO		SÍ	NO	
☐	☐	Hepatitis	☐	☐	Presión arterial alta
☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐	Derrame cerebral
☐	☐	Soplo en el corazón	☐	☐	Diabetes
☐	☐	Enfermedad de los riñones	☐	☐	VIH positivo
☐	☐	Epilepsia	☐	☐	Condición de la tiroides
☐	☐	Enfermedad del corazón	☐	☐	Enfermedad de los pulmones, asma

5. Si respondió que sí a alguna de las anteriores, dé más detalles: _____

6. Enumere los medicamentos que toma o usa con regularidad: _____

7. Enumere los medicamentos o materiales a los que es alérgico(a) (por ejemplo, penicilina, tetraciclina, aspirina, látex):

_____

☐ **SÍ** ☐ **NO** **8.** ¿Ha recibido alguna vez radioterapia o quimioterapia por un tumor o crecimiento en la cabeza o el cuello?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **9.** ¿Tiene alguna enfermedad infecciosa (VIH, hepatitis, etc.) o condición similar? Si es así, explique _____

☐ **SÍ** ☐ **NO** **10.** ¿Tiene o ha tenido algún problema del corazón? (ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, etc.)

☐ **SÍ** ☐ **NO** **11.** ¿Siente dolor de pecho al hacer esfuerzo (angina)?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **12.** ¿Le falta el aire con un esfuerzo leve?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **13.** ¿Se le hinchan los tobillos alguna vez?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **14.** ¿Tiene algún trastorno de sangrado?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **15.** ¿Alguna vez un médico le dijo que tenía una enfermedad del hígado, ictericia o hepatitis?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **16.** ¿Ha recibido alguna vez tratamiento psiquiátrico?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **17.** ¿Fuma? Si responde "SÍ", ¿cuántas cajetillas al día? ____ ¿Por cuánto tiempo? ____ años

☐ **SÍ** ☐ **NO** **18.** ¿Tiene ahora un resfriado, tos o congestión en el pecho?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **19.** ¿Tiene tos con frecuencia?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **20.** ¿Tiene una enfermedad de los pulmones (tuberculosis, enfisema)?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **21.** ¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen, Redux u otras pastillas para bajar de peso?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **22.** ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté en la lista y que usted crea que debemos saber?

_____

☐ **SÍ** ☐ **NO** **23.** ¿Usa lentes de contacto?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **24.** ¿Consume alcohol, cocaína o marihuana con regularidad?

☐ **SÍ** ☐ **NO** **25.** Mujeres: ¿Está embarazada actualmente?

CONFIRMO QUE LA INFORMACIÓN DE ESTE HISTORIAL DE SALUD ES VERDADERA. ENTIENDO QUE UN HISTORIAL EXACTO ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE SI SE CONTEMPLA EL USO DE ANESTESIA.

Firma _____ Fecha _____

Firma del doctor _____ Fecha _____