

**SAN ANTONIO SURGICAL ARTS
HISTORIAL MÉDICO**

Por favor responda todas las preguntas lo mejor posible. Se proporciona espacio adicional en la segunda página.
Gracias.

Fecha: _____ Nombre: _____ Hombre Mujer

Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Díganos por qué viene hoy al médico. _____

¿Tiene dolor en la boca, rostro, cabeza o cuello? Sí NO ¿Por cuánto tiempo?

¿En dónde?

ALÉRGICO A:

- | | | | | | |
|--|----|----|---|----|----|
| 1) <u>Látex</u> _____ | SÍ | NO | 4) <u>¿Novocaína, lidocaína, u otro anestésico local?</u> _____ | SÍ | NO |
| 2) <u>Penicilina</u> _____ | SÍ | NO | 5) <u>Indique cualquier medicamento al que sea alérgico u otras alergias:</u> | | |
| 3) <u>¿Demerol, fentanil, codeína hidrocodona, u otros narcóticos?</u> _____ | SÍ | NO | | | |

¿ALGUNA VEZ:

1) ha sido operado? Sí NO Describa/Haga una lista: _____

2) ha sido hospitalizado? Sí NO Describa: _____

3) Le han implantado articulaciones, dispositivos, placas, o tornillos? Sí NO Describa: _____

ENFERMEDADES:

- | | | |
|---|----|----|
| 1) <u>Problemas oculares</u> _____ | SÍ | NO |
| 2) <u>Glaucoma</u> _____ | SÍ | NO |
| 3) <u>Lentes de contacto</u> _____ | SÍ | NO |
| 4) <u>Problemas del oído</u> _____ | SÍ | NO |
| 5) <u>Problemas con los senos nasales</u> _____ | SÍ | NO |
| 6) <u>Obstrucción nasal</u> _____ | SÍ | NO |
| 7) <u>Problemas dentales</u> _____ | SÍ | NO |
| 8) <u>Problemas cardiacos, enfermedad de la arteria coronaria, o insuficiencia cardiaca</u> _____ | SÍ | NO |
| 9) <u>Ataque cardiaco</u> _____ | SÍ | NO |
| 10) <u>Angina (dolor de pecho)</u> _____ | SÍ | NO |
| 11) <u>Fiebre reumática</u> _____ | SÍ | NO |
| 12) <u>Soplo cardiaco</u> _____ | SÍ | NO |
| 13) <u>Cardiopatía congénita</u> _____ | SÍ | NO |
| 14) <u>Cirugía cardiaca</u> _____ | SÍ | NO |
| 15) <u>Marcapasos</u> _____ | SÍ | NO |
| 16) <u>Stent cardiaco</u> _____ | SÍ | NO |
| 17) <u>Latidos cardiacos anormales</u> _____ | SÍ | NO |
| 18) <u>Alta presión arterial</u> _____ | SÍ | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| 19) <u>Baja presión arterial</u> _____ | SÍ | NO |
| 20) <u>Colesterol o triglicéridos altos</u> _____ | SÍ | NO |
| 21) <u>Falta de aliento</u> _____ | SÍ | NO |
| 22) <u>Problemas pulmonares</u> _____ | SÍ | NO |
| 23) <u>Enfisema</u> _____ | SÍ | NO |
| 24) <u>Asma</u> _____ | SÍ | NO |
| 25) <u>Tos</u> _____ | SÍ | NO |
| 26) <u>ERGE (reflujo ácido)</u> _____ | SÍ | NO |
| 27) <u>Úlceras</u> _____ | SÍ | NO |
| 28) <u>Enfermedad hepática</u> _____ | SÍ | NO |
| 29) <u>Hepatitis</u> _____ | SÍ | NO |
| 30) <u>Cirrosis</u> _____ | SÍ | NO |
| 31) <u>Ictericia</u> _____ | SÍ | NO |
| 32) <u>Ataques o convulsiones</u> _____ | SÍ | NO |
| 33) <u>Embolia o AIT</u> _____ | SÍ | NO |
| 34) <u>Ansiedad</u> _____ | SÍ | NO |
| 35) <u>DDA/DHDA</u> _____ | SÍ | NO |
| 36) <u>Bipolaridad</u> _____ | SÍ | NO |
| 37) <u>Esquizofrenia o esquizoafectivo</u> _____ | SÍ | NO |
| 38) <u>Sangrado prolongado</u> _____ | SÍ | NO |
| 39) <u>Hematomas frecuentes</u> _____ | SÍ | NO |
| 40) <u>Sangrado nasal frecuente</u> _____ | SÍ | NO |
| 41) <u>Anemia</u> _____ | SÍ | NO |

42) Diálisis	SÍ	NO
43) Insuficiencia renal	SÍ	NO
44) Diabetes	SÍ	NO
45) Problemas de tiroides	SÍ	NO
46) Artritis	SÍ	NO

47) Osteoporosis	SÍ	NO
48) Cáncer o tumor	SÍ	NO
49) Tratamiento por radiación (TRX)	SÍ	NO
50) Quimioterapia	SÍ	NO

PREGUNTAS ADICIONALES

- Si tiene asma, ¿alguna vez ha sido tratado en una sala de urgencias u hospital a causa del asma? SÍ NO
- Si ha tenido cáncer o un tumor, ¿de qué tipo era? ¿Cuándo fue esto? _____
- ¿Tiene articulación temporomandibular, trastorno temporomandibular, las articulaciones de la mandíbula le suenan o se sueltan, dolor cerca del oído, o dificultad para abrir la boca? SÍ NO
- ¿Usted aprieta o rechina los dientes? SÍ NO
- ¿Fuma o usa tabaco libre de humo? Si su respuesta es sí, ¿cuánto? SÍ NO
- ¿Bebe alcohol? Si su respuesta es sí, ¿cuánto? SÍ NO
- ¿Consume marihuana, cocaína u otras drogas "recreativas"? ¿Cuáles? SÍ NO
- ¿Tiene un historial de dependencia al alcohol o sustancias químicas? SÍ NO
- ¿Sigue una dieta especial? Describa _____ SÍ NO
- ¿Ha sido anestesiado o sedado? SÍ NO
- ¿Sus familiares inmediatos han tenido problemas con la anestesia o sedante? SÍ NO
 Describa: _____
- ¿Hay alguna razón para creer que podría estar inmunosuprimido? Describa _____ SÍ NO
- ¿Padece enfermedades autoinmunes (artritis reumatoide, lupus, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, soriasis, etc.)? SÍ NO

MUJERES SOLAMENTE

- ¿Está embarazada o hay ALGUNA posibilidad de que esté embarazada? SÍ NO
- ¿Usa medicamentos para el control de natalidad? ¿De qué tipo? SÍ NO
- ¿Está amamantando? SÍ NO
- Fecha de su último ciclo menstrual _____ N/A

MEDICAMENTOS

- ¿Toma adelgazantes de la sangre como aspirina, ASA, Plavix, clopidogrel, warfarin, Coumadin, Xarelto, rivaroxaban, Pradax, dabigatiran, Aggrenox, dipiridamole, Ticlid, ticlopidina, heparina, Lovenox, Eliquis, apixaban, u otros? SÍ NO
- ¿Ha tomado esteroides durante los últimos 3 meses? SÍ NO
- ¿Alguna vez ha tomado bifosfonatos (Boniva, Fosamaz, Actonel, Aredia, Zometa, Reclast, alendronato)? SÍ NO
- ¿Alguna vez ha tomado denosumab, Prolia, o Xgeva? SÍ NO
- ¿Alguna vez ha tomado bevacizumab o Avastin? SÍ NO
- ¿Toma medicamentos inmunosupresores como metotrexato, Plaquenil, Orenzia, Remicade, Enbrel, o Humira? SÍ NO
- ¿Le han dicho que NO tome NSAIDs, Tylenol, acetaminofen, Advil, ibuprofeno, Aleve o medicamentos similares? SÍ NO

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y DOSIS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE

POR FAVOR ENUMERE ENFERMEDADES ADICIONALES, COMENTARIOS U OTRA INFORMACIÓN QUE DEBAMOS SABER

Comprendo la importante de un Historial Médico verdadero y completo y sé que entregar información incompleta podría tener un efecto adverso en mi tratamiento. A mi leal saber y entender, la información proporcionada es completa y precisa.

Firma _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde y relación si usted no es el paciente _____

Revisado por _____ (médico) Fecha _____