



ORTHODONTICS
in the highlands

3538 West 44th Ave. • Denver CO 80211 • p: 303.433.7500 • f: 303.433.7501 • w: www.orthointhehighlands.com

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

FECHA _____

Nombre del Paciente:: _____
Apellido Nombre de Pila Inicial del segundo (Apodo)

¿Alguna vez has tenido alguno de los siguientes? Por favor, marque las que corresponde:

- | | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Marcapasos (Corazón) |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Embarazada |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Crecimientos inusuales | ¿Cuántos meses? _____ |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Golpes en la cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas Pulmonares |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre rhuematic |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón | <input type="checkbox"/> Rheumatism |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas de sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Estómago -problemas? |
| <input type="checkbox"/> Mareo | <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergias (lista) | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Tumores |
| _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos mentales | <input type="checkbox"/> úlceras |
| _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos | <input type="checkbox"/> Enfermedad venereal |

Sólo para damas: Fecha de la primera menstruación _____

¿Alguna vez ha tenido complicación después de tratamiento dental? Si No
 Si sí, por favor explique: _____

¿Ha estado hospitalizado en los últimos dos años? Si No
 Si sí, por favor explique: _____

¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? Si No
 Si sí, por favor explique _____

Nombre del Medico: _____ Número de teléfono _____

¿Tiene algún problema de salud que necesitan más aclaraciones? Si No
 Si sí, por favor explique: _____

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada es correcta y verdadera. Si hay algun cambio en mi salud, voy a informar a la oficina en la próxima cita sin falta.

Firma de paciente, padre, o guardián: _____ Fecha: _____