

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M - F Estatura: _____ Peso: _____

Para las siguientes preguntas, por favor circule alrededor de SI o NO. Sus respuestas seran para nuestros archivos y seran consideradas confidencial.

1. Esta en buena salud?..... Si No
2. Han habido cambios en su salud durante el ultimo ano?..... Si No
 - a. Fecha de su ultimo examen medico. ____ / ____ / ____.
3. Esta usted bajo el cuidado de un medico?..... Si No
4. El Nombre y domicilio de mi doctor es

5. Ha tenido alguna enfermedad grave, operacion o ha estado hospitalizado dentro de ultimos cinco (5) anos?..... Si No
6. Esta tomando medicinas? Incluyendo medicinas disponibles sin receta de un doctor, homeopaticas, pastias de dieta?..... Si No
Si su respuesta es si, cual medicinas esta tomando: _____

7. Esta tomando algunas de estas medicinas?..... Si No
 - Apirina, Motrin..... Si No
 - Algun otra medicamento anti-inflamatorio..... Si No
 - Si su respuesta es si, cual medicinas esta tomando?..... Si No
 - Coumadin, Plavix, Lovenox..... Si No
 - Esta tomando alguna otra medicina que adelgaze la sangre?..... Si No
 - Vitamina E, Ginkgo Biloba, Ginseng, Pastillas de Ajo..... Si No

Bisfosfantes O Medicinas para Osteoporosis.

- Fosamax, Actonel (Risedronate), Bonivia (Bandronate), Aredia (Pamidronate)..... Si No
 - Zometa (Zoledronate, Didronel (Etidronate), Skelid (Tiludronate)..... Si No
8. Tiene O ha tenido las siguiente enfermedades O problemas?..... Si No
 - Valvulas danadas del corazon, valvulas artificiales O murmuro del corazon..... Si No
 - Enfermedades reumaticas del corazon..... Si No
 - Problemas del corazon, O un soplo del corazon, presion alta, infarto al corazon..... Si No
 - O algun otra enfermedad al corazon..... Si No
 - Tiene dolor de pecho cuando ase fuerza..... Si No
 - Se le corta la respiracion despues de ejercicio moderado?..... Si No
 - Se le hinchan los tobillos?..... Si No
 - Alergias..... Si No
 - ¿Problemas nasales (sinusitis)?..... Si No
 - Asma O fiebre del heno..... Si No
 - Mareos O desmayos..... Si No
 - Diabetes..... Si No
 - Hepatitis, otras enfermedades del higado..... Si No
 - Enfermedades de tiroides..... Si No
 - Problemas respiratorios, enfisema, bronquitis, etc..... Si No
 - Artritis, reuma, coyonturas hinchadas..... Si No
 - Ulceras en el estomago O hiperacidez..... Si No
 - Problmas del rinon..... Si No
 - Tuberculosis..... Si No
 - Tos persistente con flema..... Si No
 - Presion baja..... Si No
 - Epilepsia o desorden neurologico..... Si No
 - Cancer..... Si No

- Enfermedad, drogas o operacion que a deprimido su sistema immune..... Si No
 - Enfermedades de la piel..... Si No
9. Sangra abnormal..... Si No
 10. Ha tenido transfusiones de sangre..... Si No
 11. Tiene algun desorden de sangre o anemia?..... Si No
 12. Ha tenido tratamiento para un tumor..... Si No
 13. Ha tenido reaccion o alergia a lo siguiente..... Si No
 - Anestesia local..... Si No
 - Penicilina o otro antibioticos..... Si No
 - Drogas sulfas..... Si No
 - Pastillas para dormir..... Si No
 - Aspirina..... Si No
 - Yodina..... Si No
 - Codeina o otros narcoticos..... Si No
 - Latex..... Si No
 - Proteina de huevo..... Si No
 - otro..... Si No
 14. Usa tabaco de culaquier forma?..... Si No
 15. Consume bebidas de alcohol?..... Si No
 16. Ha tenido tratamiento de radiacion a su cabeza o cuello?..... Si No
 17. Ha tenido cirugia de los ojos en el ultimo ano?..... Si No
 18. Ha tenido problemas con algun tratamiento dental en el pasado?..... Si No
 19. Tiene alguna otra condicion o enfermedad que el doctor debe saber?..... Si No
 20. Usa lentes de contacto..... Si No
 21. Tiene Dentadura removibles..... Si No
 22. Desea hablar con el doctor en privado..... Si No
 23. Tiene dificultad respirar por su nariz..... Si No

PARA MUJERES

24. Esta embarazada?..... Si No
25. Tiene problemas con su periodo menstrual?..... Si No
26. Esta amamantando?..... Si No
27. Esta tomando contraceptivos?..... Si No

Si usted esta tomando medicamentos sin receta o drogas ilegales que puedan seriamente interferir con los medicamentos que se usan para la anestesia y pueden causar asta la muerte. Por favor avise al doctor si usted a usado tales drogas durante las ultimas 48 horas.

Razon principal por la visita de hoy: _____

Yo confirmo que e leido y comprendo lo que acabo de leer. Yo reconozco que las preguntas que se me han hecho, las he contestado con mi satisfaccion. Yo comprendo que el doctor y proveer personal no seran responsables por algun error o omision que yo aiga cometido durante la contestacion de este formulario.

Fecha: _____ **Firma del paciente:** _____

FOR COMPLETION BY DOCTOR (PARA EL DOCTOR)

Comments on patient interview concerning medical history:

Doctors Signature: _____ **Date:** _____