

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Si es paciente establecido, por favor marque el cuadro y ponga sus iniciales si su historial de salud NO ha cambiado en los últimos 12 meses

¿Actualmente está bajo el cuidado de un médico?  Sí  No Si es así: \_\_\_\_\_

Farmacia de su preferencia: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado: \_\_\_\_\_

Medicamentos / Suplementos:	Dosis/mg, mcg, etc. y frecuencia:
Alergias:	Reacción:

¿Está al día con sus vacunas?:  Sí  NO  NO ESTOY SEGURO(A)

Historial de salud general, marque si ha tenido algo de lo siguiente:				
SIDA/VIH positivo(a)	Fuegos/ampollas por fiebre	Hemofilia	Lesión grave en la cabeza	
Enfermedad de Alzheimer	EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	Hepatitis A	Lesión grave en el cuello	
Angina de pecho	Medicamento de cortisona	Hepatitis B o C	Enfermedad de la célula falciforme	
Válvula cardíaca artificial	Diabetes tipo 1 o 2	Presión arterial alta	Problemas de sinusitis	
Prótesis de una articulación	Enfisema	Presión arterial baja	Embolia o derrame cerebral	
Asma	Desmayos o mareos	Prolapso de la válvula mitral	Abuso de sustancias	
Cáncer	Marcapasos	Dolor en articulaciones de las mandíbulas	Enfermedad de la tiroides	
Quimioterapia	Problemas o enfermedad del corazón	Fiebre reumática		

Otra(s): \_\_\_\_\_

¿Algún médico, o dentista anterior, le ha recomendado que tome un antibiótico antes de sus citas dentales?  Sí  NO Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

Para las mujeres:  ¿Está embarazada o tratando de embarazarse?  ¿Amamantando?  ¿Tomando pastillas anticonceptivas?

Historial quirúrgico	
Fecha	Tipo de cirugía o procedimiento

Historial de hospitalizaciones médicas y psiquiátricas	
Fecha	Razón de la hospitalización


### Historial y antecedentes familiares

Familiar	Estatus	¿Edad?	Enfermedades físicas y mentales
Padre	Vive / Falleció		
Madre	Vive / Falleció		
Abuelo paterno	Vive / Falleció		
Abuela paterna	Vive / Falleció		
Abuelo materno	Vive / Falleció		
Abuela materna	Vive / Falleció		
Hermana(s)	Vive(n) / Fallecieron		
Hermano(s)	Vive(n) / Fallecieron		
Hijos/hijas	Vive(n) / Fallecieron		
Otros parientes	Viven / Fallecieron		

### Historial social

¿Actualmente usa tabaco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene acceso a comida todos los días?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene acceso a vivienda segura?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene acceso a un transporte para poder ir a sus citas médicas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Si tiene pistolas en su casa, ¿están bajo llave y descargadas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha sido forzado(a) a tener relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez alguien le ha pegado, abofeteado, pateado, sacudido o lastimado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿En este momento hay alguien que lo(a) haga sentirse inseguro(a)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sufre (o ha sufrido) violencia doméstica?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Sufre (o ha sufrido) abuso sexual?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_