



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por Favor lea atentamente y responda a lo mejor de su conocimiento para brindarle la atención adecuada.

Esta bajo el cuidado de un medico? (Proveedor de atención primaria)	Si	No
Por favor, indique el nombre y el número de teléfono del médico:		
Ha habido cambios en su salud durante el ultimo año?	Si	No
Ha tenido una enfermedad grave, operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	Si	No
Si es así, cual fue la enfermedad o el problema?		
Esta tomando o ha tomado recientemente alguna receta o medicamento de venta libre?	Si	No
Si es así, por favor liste todas las vitaminas, preparaciones naturales/herbales y/o suplementos dietéticos:		

Tiene alguna alergia a drogas, alimentos, medicamentos, látex?	Si	No
Si es así, por favor liste todas sus alergias:		
Usa sustancias controladas (drogas)? Si es así, por favor liste las drogas que consume:	Si	No
Toma narcóticos recetados, de forma rutinaria, o esta bajo un contrato de control para el dolor?	Si	No
Usa Nicotina/Tabaco? (fumar, rape, mascar, vapear)	Si	No
Si es así, que tan interesado esta en parar?		
Por favor circule una de las opciones : Muy, algo, o no esta interesado		
Ha tenido un reemplazo ortopédico de articulación total? (cadera, rodilla, codo, dedo)	Si	No
Si es así, cual es la fecha de su reemplazamiento:		
Ha tenido alguna complicación con su reemplazo?	Si	No
Alguna vez le han dicho que tome un antibiótico antes de cualquier cirugía o tratamiento dental?	Si	No
También conocido como medicamento premedicado		
Tiene Osteoporosis? Si es así, esta tomando un agente antirresortivo?	Si	No
Artritis Reumatoide?	Si	No
Valvula cardiaca artificial (protesis)?	Si	No
Endocarditis infecciosa previa? (Infección del corazón)	Si	No
Insuficiencia cardiaca congestiva?	Si	No
Enfermedad cardiovascular?	Si	No
Valvulas cardiacas dañadas?	Si	No
Arteriosclerosis? (Endurecimiento de las arterias)	Si	No
Infarto de corazón/miocardio? Si es así, cuando fue:	Si	No
Soplo cardiaco?	Si	No
Derrame cerebral? Si es así, cuando fue:	Si	No
Marcapasos?	Si	No
Cardiopatía congénita o defecto? Si es así, que defecto:	Si	No



Angina de pecho? (Dolor en el pecho)	Si	No
Toma algún anticoagulante? Por ejemplo: Aspirina, Plavix, Eliquis	Si	No
ADHD? (TDAH- trastorno de hiperactividad con déficit de atención)	Si	No
Autismo?	Si	No
Asma o EPOC (Enfermedad pulmonaria obstructiva crónica)?	Si	No
Anemia?	Si	No
¿Tuberculosis? Si es así, cuando:	Si	No
Presión arterial? Si es así, por favor circule: Baja o Alta	Si	No
Diabetes? Si es así, por favor circule: Tipo 1 o Tipo II	Si	No
Cáncer/ Quimioterapia / Radioterapia? ← Si es así, por favor circule	Si	No
Enfermedad Autoinmune? Por ejemplo: Enfermedad Celíaca, Esclerosis Múltiple	Si	No
Lupus Eriternatoso Sistémico?	Si	No
Epilepsia?	Si	No
Desmayos, o convulsiones? ← Si es así, por favor circule	Si	No
¿Dolores de cabeza severas o migrañas? ← Si es así, por favor circule	Si	No
Desordenes Neurológicas? Por Ejemplo: Alzheimer/ Demencia, Párkinson	Si	No
Trastornos de Salud Mental? Por Ejemplo: Ansiedad, Depresión, PTSD, Bipolar	Si	No
Desorden alimenticio?	Si	No
Enfermedad gastrointestinal, reflujo, acidez persistente, úlceras? ← Si es así, por favor circular	Si	No
Problemas de riñón?	Si	No
Problemas de tiroides?	Si	No
Glándulas inflamadas persistentes en el cuello?	Si	No
Hepatitis, ictericia o enfermedad del Hígado? ← Si es así, por favor circule	Si	No
VIH/SIDA?	Si	No
Enfermedad de transmisión sexual?	Si	No
Problemas sinusal?	Si	No
Glaucoma or cataratas?	Si	No
Que tipo de agua bebe? Por favor circule: Ciudad Pozo Embotellada Filtrada		
Toma suplementos de fluoruro?	Si	No
Usa pasta de dientes con Fluoruro?	Si	No
Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado? Si es así, por favor liste enfermedades/condiciones/problemas: _____	Si	No
Embarazada? Si es así, cuantas semanas:	Si	No
Fecha en que se espera que nazca el bebe:		
Toma píldoras anticonceptivas o reemplazo hormonal?	Si	No
Esta amamantando?	Si	No

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____