

Barry C. Reynolds, DMD  
Historia Medica del Paciente

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Last

First

Middle Initial

ESTA USTED TOMANDO MEDICAMENTOS INCLUYENDO MEDICINAS SIN RECETA? \_\_\_\_\_

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO / NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

HA NUNCA HA DIAGNOSTICADO CON CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES?: (POR FAVOR UN CÍRCULO CADA RESPUESTA)

|   |                |
|---|----------------|
| <b>Presión arterial anormal</b>               | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Condición de corazón anormal</b>           | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Anemia</b>                                 | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Artritis</b>                               | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Problemas respiratorios/asma</b>           | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Cáncer</b>                                 | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Actualmente tomar anticoagulantes</b>      | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Diabetes</b>                               | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Epilepsia</b>                              | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Ataque del corazón/trazo</b>               | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Hepatitis A, B o C</b>                     | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Soplo cardíaco</b>                         | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Herpes</b>                                 | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Reemplazo conjunta</b>                     | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Alergia de látex</b>                       | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Prolapso de válvula mitral</b>             | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Clavos, placas o tornillos implantados</b> | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Actualmente embarazadas o lactantes</b>    | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Fiebre reumática</b>                       | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Problemas de los senos</b>                 | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Terapia de tiroides</b>                    | <b>SÍ / NO</b> |
| <b>Tuberculosis</b>                           | <b>SÍ / NO</b> |

HAN ES CADA VEZ SE DEBA PREMEDICATE CON ¿ANTIBIÓTICOS ANTES TRATAMIENTO DENTAL DISTINTO PARA EL DOLOR DE MUELAS? **SÍ / NO**

HA NUNCA PROBADO POSITIVO ¿PARA EL SIDA / VIH? **SÍ / NO**

¿TIENE ALGÚN FÁRMACO CONOCIDO ¿LAS ALERGIAS? **SÍ / NO**  
SI POR LO TANTO, POR FAVOR EXPLAIN \_\_\_\_\_

QUE UTILIZA ACTUALMENTE CUALQUIERA ¿DROGAS ILEGALES/CALLE? **SÍ / NO**

A lo mejor de mi conocimiento todas las respuestas anteriores son verdadera y correcta. Si se producen los cambios futuros en mi salud, informaré al Dr..Reynolds y personal en la próxima cita sin errores.

Sintonía \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ revisado por: \_\_\_\_\_