



ADVANCED AESTHETIC CENTER FOR ORAL AND MAXILLOFACIAL SURGERY

HISTORIAL MÉDICO:

FECHA: _____

PÁGINA: 1

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ SEXO: MUJER HOMBRE

CUIDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NO. DE TELÉFONO CELULAR: _____ NO. DE TELFÓNO DE LA CASA: _____

NO. DE SEGURO SOCIAL: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

SI EL PACIENTE ES UN MENOR, CUALES SON LOS NOMBRE DE LOS PADRES: _____

NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR: _____ SOLTERO(A) CASADO(A) DIVORCIADO(A) VUIDO(A)

NOMBRE DEL CONYUGUE: _____ OCUPACIÓN: _____

NOMBRE DE EMPLEADOR DEL PACIENTE: _____

NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ DIRECCIÓN DEL TRABAJO: _____

¿HA SIDO USTED PACIENTE NUESTRO ANTERIORMENTE? No Sí ¿CUANDO? _____

CUAL ES LA RAZÓN POR LA CUAL USTED NOS VISITA HOY: _____

¿QUIEN LO REFIRIÓ A NUESTRO CONSULTORIO? _____

NOMBRE DEL MÉDICO DEL PACIENTE: _____ NO. TELEFÓNICO: _____

NOMBRE DEL DENTISTA DEL PACIENTE: _____ NO. TELEFÓNICO: _____

LA SIGUIENTE INFORMACIÓN MÉDICA ES REQUERIDA PARA SU BIENESTAR GENERAL, YA SEA QUE ESTÉ USTED AQUÍ PARA UNA CONSULTA O PARA UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO. SU SALUD PUEDE TENER UN EFECTO SIGNIFICATIVO SOBRE LOS RESULTADOS DE CUALQUIER TRATAMIENTO QUE EL DOCTOR PROPONGA.

¡POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS!

HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ:

SÍ NO

- SOPLO CARDIACO/SONIDO ANORMALCARDIACO
- RÍTMO CARDIACO IRREGULAR (DISRITMIA)
- FIEBRE REUMÁTICA/ENFERMEDAD REUMÁTICA CARDIACA
- ATAQUE AL CORAZÓN/INFARTO
- CIRUGÍA CARDIACA/REPLAZO DE VÁLVULA(S) CARDIACAS
- ENFERMEDAD PULMONAR/TUBERCULOSIS/PPD (+)
- ASMA/BRONQUITIS/PULMONÍA (NEUMONÍA)
- RONQUIDO/APNEA DE SUEÑO
- FALTA DE RESPIRACIÓN
- INFLAMACIÓN DE LOS TOBILLOS
- ANEMIA/ENFERMEDAD - RASGO DE CÉLULAS FALCIFORME
- PRESIÓN ALTA/BAJA (HIPERTENSIÓN - HIPOTENSIÓN)
- PROBLEMAS CON COAGULACIÓN/SANGRADO/MORETONES
- ENFERMEDAD/ATAQUE CEREBROVASCULAR (EMBOLIA/AIT)
- CONVULSIONES/ÉPILEPSIA
- ENFERMEDAD/TRASTORNO NEUROLÓGICO
- MAREOS/DESMAYOS
- REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN PROSTÉTICA (ARTIFICIAL)
- ENFERMEDAD DEL HÍGADO/ICTERICIA/HEPATITIS A B C
- DIABETES/HIPOGLUCEMIA
- ENFERMEDAD DE LA TIROIDES/PARATIROIDES/HIPO - HYPER
- USO DE ESTEROIDES/CORTISONA/A.C.T.H.
- TRANSFUSIÓN DE SANGRE U OTROS PRODUCTOS
- INABILIDAD DE DONAR SANGRE
- ARTRITIS/OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS
- DOLOR EN LA(S) ARTICULACIÓN(ES)
- DOLOR EN EL PECHO
- DOLOR EN LOS BRAZOS O EXTREMIDADES
- ENFERMEDAD DE LOS RIÑONES - INFECCIONES URINARIAS
- PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS/INFECCIONES

SÍ NO

- PROBLEMAS GASTROINTESTINALES/ULCERAS/REFLUJO/INDIGESTIÓN
- SINUSITIS/CONGESTIÓN NASAL/PROBLEMAS DE SENOS
- GLAUCOMA/PROBLEMAS DE LOS OJOS/PERDIDA DE LA VISIÓN
- TUMOR O CANCER
- RADIACIÓN O TRATAMIENTOS DE QUIMIOTERAPIA
- PROBLEMAS DE INMUNIDAD (INMUNODEFICIENCIA)/INFECCIONES FRECUENTES
- DEPRESIÓN O ANSIEDAD
- ENFERMEDADES SIQUIÁTRICAS QUE HAYAN REQUERIDO TRATAMIENTO CON UN SIQUIÁTRA O SICÓLOGO
- CIRUGÍAS-PROCEDIMIENTOS/FECHAS:

HA TENIDO USTED ALGUNA VEZ ALERGIA(S) A:

SÍ NO

- PENICILINA - AMOXICILINA - AMPICILINA
- ASPIRINA - ANTIINFLAMATORIOS
- NARCÓTICOS - CODEÍNA - HIDROCODONA (VICODIN®)
- YODO - TÓPICO INTRAVENOSO (IV)
- LATEX
- ANESTESIAS LOCALES (E.G. LIDOCAÍNA, NOVOCAÍNA®, ETC.)
- OTRAS MEDICINAS/DROGAS: _____
- COMIDAS: _____

PACIENTES FEMENINOS:

¿ESTA USTED TOMANDO PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? SÍ No

¿ESTA USTED O PODRÍA ESTAR USTED EMBARAZADA? SÍ No

¿ESTA USTED DÁNDOLE PECHO A SU HIJO(A)? SÍ No

CUESTIONARIO GENERAL DE SU SALUD

PÁGINA: 2

¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO ESPECIAL DE UN MÉDICO O ESPECIALISTA (CARDIÓLOGO, HEMATÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO, ETC.)? SÍ NO

SI LO ESTÁ, POR FAVOR DÉJENOS SABER EL PORQUÉ: _____

CUANDO FUÉ SU ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO? _____

¿LE ENCONTRARON ALGO ANORMAL O FUERA DE LO COMÚN? SÍ NO

SI LE ENCONTRARON ALGO, POR FAVOR DÉJENOS SABER: _____

¿HAY ALGUNA OTRA CONDICIÓN MÉDICA DE LA CUAL NO LE HEMOS PREGUNTADO TODAVÍA? SÍ NO

SI TIENE UNA, ¿CUAL ES?: _____

POR FAVOR ESCRIBA EN LAS LINEAS PROVEÍDAS ABAJO TODAS LAS MEDICINAS QUE USTED ESTÉ TOMANDO INCLUYENDO: MEDICINAS RECETADAS, HOLÍSTICAS, HOMEOPÁTICAS, NATURÓPATICAS, VITAMINAS, MINERALES, PRODUCTOS A BASE DE HIERBAS, SUPLEMENTOS DIETÉTICOS EN POLVO, PASTILLAS O ELÍXIRES, MEDICINAS SÍN RECETA MÉDICA COMPRADAS YA SEA EN LA FARMACIA O A TRAVÉS DEL INTERNET:?

¿ESTÁ TOMANDO USTED PASTILLAS DE DIETA? SÍ NO SI LAS TOMA, ¿CUALES SON?: _____

¿ALGUNA VEZ HA TOMADO O ESTÁ TOMANDO MEDICINAS PARA LA OSTEOPENIA O LA OSTEOPOROSIS? SÍ NO

¿ALGUNA VEZ HA TOMADO ALGUNA DE LAS MEDICINAS/DROGAS DE LA LISTA PRESENTADA ABAJO?

ACTONEL® (RISEDRONATO) DIDRONEL® (ETIDRONATO) BONIVA® (IBANDRONATO) RECLAST® (ACIDO ZOLEDRÓNICO)
 FOSAMAX® (ALENDRONATO) SKELID® (TILUDRONATO) PROLIA® (DENOSUMAB) XGEVA® (DENOSUMAB)

¿CUANDO EMPEZÓ Y CUANTO TIEMPO LLEVA TOMÁNDOLAS? _____

¿ALGUNA VEZ LE HAN DADO MEDICINAS INTRAVENOSAS (IV) PARA CANCER DE SENO (MAMAS), MIELOMA MULTIPLE, HIPERCALCEMIA MALIGNA U OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA? SÍ NO

¿LE HAN DADO ALGUNA VEZ ALGUNA DE LAS DROGAS DE LA LISTA PRESENTADA ABAJO?

AREDIA® (PAMIDRONATO) ZOMETA® (ACIDO ZOLEDRÓNICO) RECLAST® (ACIDO ZOLEDRÓNICO) XGEVA® (DENOSUMAB)

SI FUÉ TRATADA, ¿CUANDO EMPEZÓ SU TRATAMIENTO? _____

¿FUMA? SÍ NO ¿CUANTO FUMA? _____ ¿USTED FUMA MARIHUANA? SÍ NO

¿TOMA BEBIDAS ALCÓHOLICAS? SÍ NO ¿CUANTO TOMA? _____

¿TIENE TOS, CATARRO O GRIPE EN ESTE MOMENTO? SÍ NO ¿USA LENTES DE CONTACTO? SÍ NO

¿CUANTO PESA? _____ LIBRAS KILOS ¿LE HAN DADO ANTES ANESTESIA GENERAL? SÍ NO

¿HA TENIDO USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA PROBLEMA, DIFICULTAD O UNA REACCIÓN ADVERSA CON LA ANESTESIA GENERAL? SÍ NO POR FAVOR EXPLIQUE: _____

SI HOY EL PACIENTE DESEA QUE SE LE ADMINISTRE UNA ANESTESIA GENERAL, SEDACIÓN INTRAVENOSA (IV) U ÓXIDO NITROSO, ¿CUANDO FUÉ LA ÚLTIMA VEZ (EN HORAS) QUE EL PACIENTE TOMÓ O COMIÓ ALGO? _____

¿QUIEN ES LA PERSONA QUE MANEJARÁ AL PACIENTE A SU CASA? _____

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN EN EL HISTORIAL MÉDICO QUE HE PROVEIDO ES VERÍDICA:

FIRMA (DEL PACIENTE)

FECHA

FIRMA DE LOS PADRES/GUARDIÁN (SI ES UN MENOR)

DOCTOR: _____

FIRMA

FECHA

CONSENTIMIENTO PARA LA EXAMINACIÓN, EVALUACIÓN RADIOLÓGICA Y AUTORIZACIÓN

AUTORIZO AL DR. MARCOS DÍAZ A QUE HAGA UNA EVALUACIÓN ORAL Y MAXILOFACIAL JUNTO CON LA NECESIDAD DE QUE PUEDA TOMAR TODAS LAS RADIOGRAFÍAS NECESARIAS PARA SU EXAMINACIÓN CON EL PROPOSITO DE PROVEER UN DIAGNÓSTICO Y UN PLAN DE TRATAMIENTO. TAMBIÉN AUTORIZO AL DOCTOR DE PODER DIVULGAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA DURANTE MI EVALUACIÓN A OTROS DOCTORES Y/O A COMPAÑÍAS DE SEGUROS QUE TAMBIEN ESTÉN ASOCIADOS CON MI TRATAMIENTO.

FIRMA DE LA PERSONA AUTORIZADA: _____ FECHA: _____