

HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

¿Estás bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Estás tomando algún medicamento, píldora o droga? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Estás en una dieta especial? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?
 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos locales Otros: Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Usa tabaco de mascar, humo o vaporizador? Sí No

¿Usas drogas recreativas? Sí No

¿Usas sustancias controladas? Sí No En caso afirmativo, explique:

¿Necesitas premedicar? Sí No En caso afirmativo, explique:

Mujeres: ¿Estás embarazada / tratando de quedar embarazada? Sí No ¿Toma anticonceptivos orales? Sí No
Problemas con la menstruación? Sí No Madre lactante? Sí No

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

Articulación o válvula artificial

Presión arterial Alta

Presión arterial Baja

SIDA o VIH positivo

Dolores de cabeza por migraña o dolores de cabeza frecuentes

Anemia o trastornos sanguíneos

Sangrado anormal después de extracciones, cirugía o trauma

Condición neurológica

Epilepsia, convulsiones o desmayos

Hepatitis: **A** o **B** o **C**

Cáncer o tumor

Alcoholismo

Transfusión de sangre

Diabetes: **Tipo 1** o **Tipo 2**

Condición emocional

Artritis

Herpes o herpes labial

Fiebre del heno o problemas sinusales

Alergias o urticaria

Asma

Soplo cardíaco, prolapso de la válvula mitral, defecto cardíaco

Enfermedad cardíaca o angina

Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática

Marcapasos

Tuberculosis u otros problemas pulmonares

Enfermedad renal ¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, explique:

FIRMA DE LA PACIENTE, PADRE(S) O TUTOR

FECHA