Compass Health Network

Nombre: _____ Fecha: _____

Historial Médico del Paciente

Doctor: _____ # Telefónico Oficina: _____ Fecha del último examen: _____

	Si	No
1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico?	☐	☐
2. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado(a) por alguna cirugía en los últimos 5 años?	☐	☐

Si es así, por favor explique_____
_____
_____3

	Si	No
3. ¿Está tomando algún medicamento(s) incluyendo medicamentos sin prescripción?	☐	☐

Si así es, ¿qué medicamento(s) está tomando?
_____
_____

	Si	No
4. ¿Ha tomado alguna vez Phen-Fen/Redux?	☐	☐
5. ¿Ha tomado alguna vez terapia de Bisfonato (ej, Fosamax, Boniva)?	☐	☐
6. ¿Usa tabaco/vapor?	☐	☐
7. ¿Usa sustancias controladas?	☐	☐
8. ¿Tiene Ud. historial de abuso de drogas/ alcohol?	☐	☐
9. ¿Ha tenido sangrado prolongado luego de un procedimiento quirúrgico, incluyendo extracciones dentales?	☐	☐
10.¿Está tomando terapia anticoagulatoria? (ej. Cumadin, Plavix?	☐	☐

	Si	No
11. **¿Tiene alguna discapacidad?**	☐	☐

Si así es, por favor explique:

12. **¿Es Ud. Alérgico o ha tenido alguna reacción a lo siguiente?**Anestésicos locales (ej. Novocaína**)**

Penicilina u otros Antibióticos	☐	☐
Drogas con Sulfa	☐	☐
Barbitúricos	☐	☐
Sedantes	☐	☐
Yodo	☐	☐
Aspirina	☐	☐
Algún metal ej. Níquel, mercurio, etc.	☐	☐
Guantes de Goma	☐	☐
Codeína	☐	☐

13. SOLO PARA MUJERES

¿Está embarazada o podría estarlo?	☐	☐
¿Si así es, cuando es su fecha de parto?	☐	☐
¿Está amamantando?	☐	☐
¿Está tomando anticonceptivos orales?	☐	☐

¿Usted Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?

	Si	No		Si	No		Si	No
Prolapso de la válvula Mitral	☐	☐	Pérdida reciente de peso	☐	☐	Problemas Respiratorios	☐	☐
Reemplazo de articulación o Implante	☐	☐	Epilepsia/Convulsiones	☐	☐	Cansa con facilidad	☐	☐
Cirugía cardíaca	☐	☐	Cáncer	☐	☐	Asma	☐	☐
Ataque cardíaco	☐	☐	Leucemia	☐	☐	Enfisema	☐	☐
Derrame	☐	☐	Problemas espalda/cuello	☐	☐	Enfermedad al hígado	☐	☐
Soplo al corazón	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Problemas de tiroides	☐	☐
Tobillos hinchados	☐	☐	Fiebre reumática	☐	☐	Tuberculosis	☐	☐
Enfermedad/problema al corazón	☐	☐	Enfermedades al riñón	☐	☐	Frecuentemente cansado(a)	☐	☐
Marcapaso cardiaco	☐	☐	Ictericia	☐	☐	Problemas estómago/úlceras	☐	☐
Dolor al pecho/Angina	☐	☐	Anemia	☐	☐	Artritis	☐	☐
Desmayos/Convulsiones	☐	☐	Terapia de Radiación	☐	☐	Enfermedad de trans. Sexual	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	SIDA o infección de HIV	☐	☐
Presión arterial baja	☐	☐	Fiebre de heno/Alergias	☐	☐	Hepatitis	☐	☐
						Otros: _____		

_____ (iniciales del paciente/guardián) Reconozco que la información anterior es correcta.

Compass Health Network

Nombre: _____ Fecha: _____

Historial Dental del Paciente

Nombre del Dentista Previo y Dónde se atendía _____
Fecha del último Examen _____
Farmacia de Preferencia _____
Número Telefónico de la Farmacia _____
Dirección de la Farmacia _____

	Si	No
1. ¿Tiene sensibilidad en sus dientes a líquidos/alimentos fríos o calientes?	☐	☐
2. ¿Tiene dolor en alguno de sus dientes?	☐	☐
3. ¿Ud. aprieta o hace rechinar sus dientes?	☐	☐
4. ¿Ha tenido alguna lesión a su cabeza, cuello o mandíbula?	☐	☐

Autorización y Liberación

Yo certifico que he leído y entiendo con mi mejor conocimiento la información anterior. Las preguntas anteriores han sido respondidas en forma fidedigna. Entiendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a liberar cualquier infomación, incluyendo diagnóstico y los archivos de cualquier tratamiento o examen que se me haya rendido, tanto a mi, como a mi hijo(a) durante el período de cuidado dental a terceras partes de pago y/o practicantes de salud. Yo autorizo y solicito de mi compañía aseguradora el pago directo a mi dentista o, de otra forma, que los beneficios de grupos dentales me sean pagados a mí. Yo entiendo que mi compañía aseguradora dental puede pagar menos del valor real de los cargos por servicios. Yo acepto ser responsable por el pago de todos los servicios rendidos a mi o mis dependientes.

X_____ _____

Firma del paciente (o padres/guardián si es un menor) Fecha