

## Historia de Salud

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Si	No	Historial De Alergias	Especifique
		Medicamentos	
		Látex	
		Comida	
		Otro	

Medicamentos	
Escriba todo medicamento que tome incluyendo anticonceptivo, hierbas, y vitaminas	

Si	No	Historia Personal Alguna vez le han dicho que tiene/tenia:
		Presión Alta
		Presión Baja
		Enfermedad de Corazón
		Enfermedad del Riñón
		Trastornos Sanguíneos o Anemia
		Válvulas Dañadas of Problemas del Corazón
		Válvulas Artificiales o Marcapaso
		Fiebre Reumática
		Enfermedad Congénita del Corazón
		Soplo en el Corazón
		Implante Quirúrgico
		Coyunturas Artificiales
		Hepatitis ◇ A ◇ B ◇ C
		Transfusión de Sangre
		Problemas de los senos nasales
		Cáncer
		Diabetes
		Trastornos de la Tiroides
		Pérdida de Peso
		Aumento de Peso
		Problemas de visión/ojos
		Tuberculosis
		Asma
		Problemas Estomacales
		Tos Persistente
		HIV
		Enfermedad de Transmisión Sexual
		Convulsiones o Epilepsia
		Desmayos
		Otro (Por Favor especifique)

Historial Familiar	
◇ Fue Adoptado	◇ No fue adoptado ◇ No se sabe

Si	No	¿En su familia han diagnosticado a alguien con: ¿Quién?
		Presión Alta
		Enfermedad del Corazón
		Defectos de Nacimiento
		Derrame Cerebral
		Enfermedad del riñón
		Trastornos sanguíneos
		Cáncer
		Diabetes
		Trastorno de la tiroides

Si	No	¿Usted...
		Fuma? Cuánto: _____ Edad que empezó: _____
		Usa tabaco de masticar? Cuánto: _____ Edad que empezó: _____
		Toma alcohol? Cuánto: _____ Edad que empezó: _____ Que tan seguido?
		Usa drogas De que clase? cuánto: _____ que tan seguido: Edad que empezó: _____

Si	No	Alguna Vez...
		¿Lo han hospitalizado? ¿Por qué?
		¿Ha tenido problemas con un tratamiento dental? ¿Qué paso?
		¿Le han dado medicinas con anticipación para un tratamiento dental? ¿Qué medicina le dieron?
		¿Toma agua de pozo?
		¿El agua de su casa contiene flúor?
		¿Está embarazada?

Yo certifico que he leído y entendido las preguntas. Todas mis preguntas sobre este formulario fueron contestadas a mi satisfacción. Yo entiendo que mi proveedor de salud o Finger Lakes Community Health no es responsable por cualquier error u omisión que yo haya cometido al llenar este formulario.

Firma del Paciente o de la persona responsable:

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_