

Simpson Oral and Maxillofacial Surgery

Brian Simpson, D.M.D.

113 North Middletown Road

Nanuet, NY 10954

Tel: (845) 623-3497

E-mail: frontdesk@drbriansimpson.com

Fax: (845) 623-4039

Diplomats of the American Board of Oral and Maxillofacial Surgery

Practice Limited to Oral and Maxillofacial Surgery

Historia médica

Por favor responda a todas las preguntas:

1. Altura _____ Peso _____ lbs.
2. ¿Actualmente tiene Ud. alguna molestia? S N
3. ¿Ha habido algún cambio en su salud en el último año? S N
4. Fecha del último examen médico _____
5. Actualmente tiene un problema médico que requiere atención médica? S N
S N
6. ¿Ha tenido alguna enfermedad, cirugía o ha estado en el hospital? S N
7. ¿Ha tenido algunos efectos adversos de tratamientos dentales? S N
8. ¿Tiene o ha tenido...?:
- a. Fiebre reumática / cardiopatía S N
 - b. Enfermedad congénita del corazón S N
 - c. Enfermedades cardiovascular, problemas de corazón, infarto, soplo en el corazón, angina, marcapasos, enfermedad coronaria, presión alta, apoplejía S N
 - d. Pulmones (asma, enfisema pulmonar, tos crónica, bronquitis, tuberculosis, pulmonía) S N
 - e. Ataque (de apoplejía), convulsiones, epilepsia, desmayo, tratamiento psiquiátrico, mareo, enfermedad neurológica, depresión nerviosa S N
 - f. Desorden de sangre, anemia, tendencia de sangrar, transfusión, moratones S N
 - g. Enfermedad hepática (ictericia) S N
 - h. Enfermedad de los riñones S N
 - i. Diabetes S N
 - j. Enfermedad de tiroides S N
 - k. Artritis S N
 - l. Úlcera estomacal o Colitis S N
 - m. Glaucoma S N
 - n. Frecuentes úlceras en la boca S N
 - o. Implantaciones en el cuerpo (válvula del corazón, rodilla, cadera) S N
 - p. Radioterapia para cáncer S N
 - q. Ruido o dislocamiento en la junta de la mandíbula, dolor cerca del oído, dificultad abriendo la boca o los dientes S N
 - r. Problemas de seno carotídeo S N
 - s. Alguna enfermedad, droga o trasplante que ha afectado su sistema inmunitario S N
 - t. Infecciones recurrentes S N
 - u. Lleva lentes de contacto S N
 - v. SIDA o VIH S N
 - w. Enfermedad venérea (sífilis, gonorrea) S N
 - x. Drepanocitosis S N
9. ¿Toma alguna de estas medicinas?:
- a. Tagamet o Zantac S N
 - b. Medicina para tiroides S N
 - c. Antibióticos o drogas de azufre S N
 - d. Anticoagulantes S N
 - e. Medicina para la presión alta S N
 - f. Esteroides (cortisona, etc.) S N
 - g. Drogas antipsicóticas (valium, etc) S N
 - h. Insulina, Diabinese o drogas similares
 - i. Digitalicos, Inderal, Nitroglicerina, Bloqueadores de Canal de Calcio, Procardia S N
 - j. Aspirina o Ibuprofen (Motrin, Naprosyn, etc.) S N
 - k. Marihuana u otras drogas S N
 - l. Antihistaminas o Descongestionantes S N
 - m. Pastillas de dieta S N
 - n. ¿Toma regularmente algunas medicinas, pastillas, o drogas? S N
Especifique: _____

10. ¿Ha tenido alergias u otras reacciones a:
- a. Anestesia local (Lidocaine, etc.) S N
 - b. Penicilina, Amoxicillin, Cephalosporin, u otros antibióticos S N
 - c. Barbitúricos, sedantes, etc. S N
 - d. Aspirina o Ibuprofen S N
 - e. Codeína o Analgésico S N
 - f. Productos de látex o goma S N
 - g. Otras alergias o reacciones S N
Especifique: _____

11. ¿Fuma o usa tabaco? S N
Frecuencia: _____
Cuántos años: _____
12. ¿Usa alcohol? S N
Frecuencia: _____
13. Alguna vez ha buscado cuidado profesional para el abuso de drogas, alcoholismo, o desordenes emocionales S N
14. **MUJERES:** ¿Está embarazada o planeando embarazo? S N
¿Toma pastillas anticonceptivas? S N
¿Desea un examen de embarazo? S N
15. ¿Tiene alguna condición médica u otro problema que no se lista? S N
Especifique: _____

16. ¿Desea hablar con un doctor en privado sobre algún asunto? S N

Comprendo la importancia de ser honesto sobre mi historia médica para ayudar al doctor a proporcionarme con el mejor cuidado posible. He tenido la oportunidad de discutir mi historia médica con el doctor. (FIRME)

Firma del paciente o padre (de hijo/a menor) _____

Fecha _____

Firma del doctor _____

Fecha _____