

Historia General De la Salud
*****Por favor complete esta forma en inglés.*****

1. Fecha Del Examen Físico Pasado: _____
 (Date of Last Physical Exam)

2. Último De la Fecha Visto Por Un Dentista: _____
 (Date Last Seen By A Dentist)

3. ¿Es su salud general buena?
 (Is Your General Health Good?)

Sí	No

4. ¿Está Usted Bajo Cuidado De un Médico?
 (Are You Presently Under A Physician's Care?)

5. ¿Usted Está tomando Actualmente Clase De Medicación?.....
 Por favor Lista _____
 (Are You Presently Taking Any Kind Of Medication?) (Please List)

6. Es Usted Alérgico:
 (Are You Allergic To:)

- A) ¿Penicilina?.....
- B) ¿Erythromycin?.....
- C) ¿La Otra Medicación?.....
- Por favor Lista _____
- D) ¿Látex?.....

(A. Penicillin) (B. Erythromycin) (C. Other Medications) (Please List) (D. Latex)

Sí	No

7. Usted Tiene O Tenerle Tenía:
 (Do You Have Or Have You Had)

- A) ¿Lesión En la cabeza Severa?
- B) ¿Artritis?.....
- C) ¿Anemia?.....
- D) ¿Asma?.....
- E) ¿Enfisema?.....
- F) ¿Diabetes?.....
- G) ¿Tensión arterial baja Alta O?.....
- H) ¿Fiebre Reumática?.....
- I) ¿Hepatitis?.....
- J) ¿HIV O AIDS?.....
- K) ¿Problemas De la Sangría?
- L) ¿Apuro Del Corazón?.....
- M) ¿Tuberculosis?.....
- N) ¿Úlceras?.....

(A. Severe Heade Injury) (B. Arthritis) (C. Anemia) (D. Asthma) (E. Emphysema) (F. Diabetes) (G. High or Low Blood Pressure)
 (H. Rhematic Fever) (I. Hepatitis) (J. HIV or Aids) (K. Bleesing Problems) (L. Heart Trouble) (M. Tuberculosis) (N. Ulcers)

Sí	No

8. ¿Es Usted Embarazado?.....
 (Are You Pregnant?)

9. ¿Le Siempre Han dicho Para tomar Los Antibióticos Antes De Citas Dentales?.....
 (Ever Been Told To Pre-medicate Before Dental Appointments)

10. ¿Usted ha tenido O usted tiene condiciones médicas adicionales que debamos estar enterados de? ..
 Por favor Lista _____
 (Have You Had or Do You Have Any Additional Meddical Conditions We Should Be Aware Of?) Please List)

Sí	No

La Información Propòrcionó Cerca: _____
 (Info Provided By)

Fecha: _____
 (Date)