



Fernando J. Meza, DMD, PLLC

H. Vivian Lee, DDS

PRACTICE LIMITED TO ENDODONTICS

4660 Kenmore Ave. Suite 700, Alexandria, VA 22304

P: 703.370.1327 | F: 703.370.1907

Historia Médica

Cómo describiría Ud. su salud? Marque con un círculo la que corresponda: **Excelente Buena Regular Deficiente**

Fecha de su más reciente chequeo médico? ___/___/___

Está siendo tratado por alguna enfermedad o condición médica en este momento? **S N**

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Nombre de su Dr.: _____ Teléfono: _____

Está tomando algún medicamento, droga o hierbas en este momento? **S N**

En caso afirmativo, por favor liste: _____

Ha tenido alguna cirugía? **S N** Por favor liste: _____

En caso afirmativo, experimento prolongado sangrado después de la cirugía? **S N**

Alguna cirugía por reemplazo de cadera u otra articulación? **S N**

Alguna vez tuvo reacción a cualquier anestesia? **S N** Por favor explique: _____

Tiene alguna válvula en el corazón? **S N**

Usa algún tipo de marcapaso? **S N**

Fuma? **S N** En caso afirmativo, indique la cantidad de cajas de cigarrillos al día: _____

Tiene alguna alergia a medicamentos? **S N** Por favor liste: _____

Es alérgico al látex? **S N**

Si es mujer, esta Ud. embarazada en este momento? **S N** Esta dando de lactar actualmente? **S N**

Por favor marque con un círculo cualquier enfermedad presente o pasada de la siguiente lista:

Alcoholismo	Enfermedad Coronaria del Corazón	Soplo al corazón	Migrañas
Anemia	Depresión	Hemofilia	Fiebre reumática
Angina (Estable / Inestable)	Diabetes (Tipo: _____)	Hepatitis (Tipo: _____)	Alergias temporales/ Rinitis alérgica
Asma	Adicción a drogas	VIH+	Escarlatina
Presión sanguínea (Alta / Baja)	Enfisema	Inmunodeficiencia	Sinusitis
Cáncer (Tipo: _____)	Epilepsia / Ataques convulsivos	Enfermedad Infeccioso-contagiosa	Apnea del sueño
Bronquitis Crónica	Lesión a la cabeza / cuello	Enfermedad en el riñón	Ulceras
Insuficiencia Cardíaca	Ataque al corazón (Cuando: _____)	Enfermedad en el hígado	Enfermedad de la tiroides

Hay algo más que deberíamos saber sobre su salud? **S N**

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Firma del paciente o guardián: _____

Fecha ___/___/___