



Actualizacion Historia Medica -2020

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

¿Hay algún cambio en su historial médico? SI _____ NO _____

En caso afirmativo, escriba nuevas condiciones médicas o cirugías: _____

Condiciones médicas: Condición existente / nueva condición: **Encierre en círculo SI o NO**

- Presión arterial alta: SI / NO
- Cancer: Si / NO
- Enfermedades autoinmunes Si/ No
- Reemplazo articular: SI / NO En caso afirmativo, cuando: _____
- Accidente cerebrovascular: SI / NO En caso afirmativo, cuando: _____
- Alergias : SI / NO Cuando: _____
- Diabetes I o II: SI / NO
- Radiación: SI / NO
- Condición cardíaca: SI / NO
- Quimioterapia SI / NO

¿Hay algún cambio en los medicamentos que está tomando? SI _____ NO _____

En caso afirmativo, especifique (cambio de dosis / cambio de medicación):

- Anticoagulante: SI / NO
- Aspirina : SI / NO
- Fosamax: SI / NO

En caso afirmativo, indique nuevos medicamentos y vitaminas:

¿Ha cambiado la información de su seguro dental? SI _____ No _____

Si es así, por favor llame el consultorio para darnos la nueva informacion de su Seguro dental. 561 756 9343

Hay algun cambio en su residencia o telefono celular? Si _____ NO _____

Cual es la nueva direccion de su residencia _____

Cual es su numero de celular _____

Preguntas sobre el COVID-19 (Coronavirus)

Por favor responda si or no

Ha usted viajado internacionalmente o dentro del pais en los ultimos meses ? Si _____ No _____

Usted ha estado en contacto directo con alguna persona diagnosticada o que esta bajo investigacion for COVID-19? Si _____ NO _____

Usted tiene o ha tenido fiebre en las ultimas 4 semanas? Si _____ No _____

Usted tiene o ha tenido tos en las ultimas 4 semanas? Si _____ NO _____

Usted tiene o ha tenido dificultad para respirar en las ultimas 4 semanas? Si _____ NO _____

Si usted contesto si a algunas de estas preguntas, por favor contacte con su medico o al departamento de salud lo mas pronto possible para determinar si usted necesita ser examinado.