

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

Aunque nuestro personal dental cura el area dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo. Problemas de salud que puede tener, o medicina que puede estar tomando tienen una relación importante con el tratamiento dental que va a recibir. Gracias por contestar a las siguientes preguntas.

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Está Ud. en buen estado de salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ha habido cambios en su salud en general dentro del año pasado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fecha de su último examen físico _____ | | |
| 4. Nombre de su doctor _____ | | |
| Dirección _____ | | |
| Teléfono _____ | | |
| 5. Está Ud. bajo el cuidado de algún médico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ha sido usted hospitalizado/a para cualquier operación quirúrgica o enfermedad grave. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por favor explique _____ | | |
| 7. Está Ud. tomando alguna medicina(s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incluyendo medicina sin prescripción | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si contesta sí, cuales medicinas está tomando _____ | | |
| 8. Ha tenido Ud. algún sangrado anormal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Se raspa Ud. fácil accidentalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Alguna vez ha requerido Ud. transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ha sufrido pérdida de peso recientemente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ha tomado Fen-Phen/Redux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Usa tabaco (mascado o fumado) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Usa o ha usado sustancias controladas (drogas) .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Usa lentes de contacto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Tiene Ud. tos persistente o aclara la garganta constantemente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Padece de alguna enfermedad no mencionada anteriormente de la cual Ud. crea que deberíamos saber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PARA MUJERES SOLAMENTE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Está Ud. o piensa que pudiera estar embarazada ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está Ud. amamantando | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está Ud. tomando pastillas anticonceptivas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ES USTED ALERGICO/A O HA TENIDO REACCIONES A: | | |
| Anestésicos locales con Novocaina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogas sulfá | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos, sedativos, pastillas para dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iodina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cualquier metal como: Níquel, Mercurio, etc. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Latex / Plástico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros (por favor mencione) _____ | | |

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| PADECE UD. O HA PADECIDO DE LO SIGUIENTE: | | |
| Reuma del corazón, Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Escarlata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Defecto del corazón, o soplo de corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas del corazón, ataque al corazón, Angina de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Respiración corta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Operación del corazón. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión alta o baja de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas congénitos del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinchazón de pies, tobillos, manos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis, ictericia o problemas del hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apoplejía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de los pulmones o al respirar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma o fiebre del heno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Urticaria, ronchas en la piel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos o mareos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA o infección del HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis o reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reemplazo o implante de alguna articulación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Úlcera estomacal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problema de los riñones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos persistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos con sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia (cancer, leucemia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades transmitidas sexualmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia o ataques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nervios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Amigdalitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuidado de salud mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de la espalda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dependencia de alguna química | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mural valve prolapse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tratamiento con cortisona | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cold sores / fever blisters | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hypoglycemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desórdenes alimenticios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NUMERO DE PACIENTE _____