

HISTORIA MEDICA

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente trata el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

****Por favor lea y conteste cuidadosamente cada pregunta****

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? No Sí Si contestó "Sí", explicar: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? No Sí Si contestó "Sí", explicar: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello? No Sí Si contestó "Sí", explicar: _____
- ¿Está tomando algún medicamento, pastilla, o droga? No Sí Si contestó "Sí", explicar: _____
- ¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? No Sí Si contestó "Sí", explicar: _____
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Bonivia, Actonel u otro medicamento que contenga bisfosfonatos? No Sí Si contestó "Sí", explicar: _____
- ¿Está usted en una dieta especial? No Sí
- ¿Usa tabaco? No Sí
- ¿Usa sustancias controladas? No Sí Si contestó "Sí", explicar: _____

Mujeres: ¿Está usted...

- Embarazada/Tratando de quedar embarazada? Amamantando? Tomando anticonceptivos orales?

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeina Acrílico
- Metálico Látex Sulfamida Anestéticos locales
- Otros? Explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| SIDA/HIV positivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alzheimer's | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anaflaxia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Facilmente pierde el aliento | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsions | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o uticaria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Culebrilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos/vertigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad arterial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos/vertigo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Fibida | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal o intestinal | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del hígado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Moretones con facilidad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Jaqueca frecuente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de extremidades | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes genitales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonaria | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Proplapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/Ampollas de fiebre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor de la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ulceras | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | Problemas/Enfermedades del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ictericia amarilla | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que *no* esté en la lista de arriba? Sí No

Si contestó Sí, sírvase explicar: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado medico.

Firma del paciente, padre o tutor

Fecha