

HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

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

Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Esta usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No

En caso afirmativo, cuales son: _____

Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? Sí No

En caso afirmativo, cuales son: _____

Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel,
o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? Sí No

En caso afirmativo, cuales son: _____

Esta usted en una dieta especial? Sí No

Usa tabaco? Sí No

Usted usa sustancias controladas? Sí No

Mujeres: Esta usted,

Embarazada o tratando de quedar embarazada? Sí No

Toma anticonceptivos orales? Sí No

Esta amamantando? Sí No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida

Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo Sí No Tratamiento con radiación Sí No

Enfermedad de Alzheimer's Sí No Pérdida de peso reciente Sí No

Anafilaxia Sí No Diálisis renal Sí No

Anemia Sí No Angina Sí No

Enfermedad de células falciformes Sí No Artritis/Gota Sí No

Válvula del corazón artificial Sí No Articulación artificial Sí No

Asma Sí No Enfermedad arterial Sí No

Transfusión de sangre Sí No Problemas respiratorio Sí No

Cáncer Sí No Moretones con facilidad Sí No

Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fácilmente pierde el aliento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / vértigo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucomas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ataque/ Falla del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos en el corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas/ Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ronchas o erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolor en la articulación de la quijada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Atención Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del seno nasal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina Bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad estomacal/ intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque fulminante	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? Sí No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios:

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

Firma del Paciente o Persona Responsable _____

Fecha _____