

Historia Médica

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Domicilio: _____ Numero de Seguro Social: _____
 Numero de telefono: _____ Numero Secundario (Cell): _____
 Ciudad/Estado/Codigo Postal: _____ Nombre y Numero de Dentista: _____
 Nombre y Numero de telefono de Doctor Medico: _____ Correo Electronico: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

- Sí No ¿Está en buena salud general?
 Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
 Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
 ¿Si Sí, por qué? _____
 Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para que? _____
 Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
 Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado o con anestesia general? _____
 Sí No ¿Tiene algún dolor ahora? _____

II. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Sí No ¿Dolor de pecho (angina)? | Sí No ¿Mareos, Desmayos? |
| Sí No ¿Los tobillos hinchados? | Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| Sí No ¿Protesis/ Implante? | Sí No ¿Dolores de cabeza? |
| Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | Sí No ¿Embolia? |
| Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre? | Sí No ¿Vista borrosa? |
| Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes? | Sí No ¿Convulsiones, epilepsia? |
| Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)? | Sí No ¿Sed excesiva, Boca seca? |
| Sí No ¿Dificultad al tragar? | Sí No ¿Orina con frecuencia? |
| Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | Sí No ¿Parálisis Cerebral? |
| Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | Sí No ¿Ictericia? |
| Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |
| Sí No ¿Enfermedades del corazón? | Sí No ¿SIDA? |
| Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | Sí No ¿Tumores, cancer,leukemia? |
| Sí No ¿Soplos en el corazón? | Sí No ¿Artritis, reuma? |
| Sí No ¿Fiebre reumática? | Sí No ¿Enfermedades de los ojos? |
| Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | Sí No ¿Enfermedades de la piel? |
| Sí No ¿Presión sanguínea alta? | Sí No ¿Anemia? |
| Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades (sífilis o pulmonares)? | Sí No ¿Enfermedades venéreas (gonorrea)? |
| Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | Sí No ¿Herpes? |
| Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras? | Sí No ¿Enfermedades de Riñón,Vejiga, Dialisis? |
| Sí No ¿Dolor de la Mandibula? | Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| Sí No ¿Defectos de nacimiento/crecimiento? | Sí No ¿Diabetes? |
| Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico? | Sí No ¿Hospitalizaciones? |
| Sí No ¿Tratamientos de radiación? | Sí No ¿Transfusiones de sangre : Si, cuando? |
| Sí No ¿Quimioterapia? | Sí No ¿Cirugías? |
| Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | Sí No ¿Marcapasos? |
| Sí No ¿Articulación artificial? | Sí No ¿Lentes de contacto? |

III. ESTÁ TOMANDO:

- Sí No ¿Drogas de uso recreativo? Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo?
 Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? Sí No ¿Bebidas alcohólicas?

IV. ALERGIAS MEDICAS: POR FAVOR CIRCULE LA QUE APLIQUE A USTED

ASPIRINA CODEINA PENICILINA SULFA ANESTETICO LOCAL LATEX BARBITURICOS YODO
 OTRO: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

- Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

- Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma de Doctor: _____ Fecha: _____