

Nombre del Paciente _____ Fecha de Hoy _____

El Día de Nacimiento _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? Sí No
2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? Sí No
3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? Sí No
Si afirmativo, ¿cuáles son? _____
4. ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux? Sí No
5. ¿Usted fuma? Sí No
6. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? Sí No
7. ¿Usa usted lentes de contacto? Sí No
8. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?
- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína) | <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Aspirina |
| <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfá | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
9. ¿Tiene una tos persistente o molestias de la garganta que no estén relacionadas con alguna enfermedad conocida (por más de 3 semanas)? Sí No
10. Si Es Mujer:
a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? Sí No
b) ¿Está dando el pecho a su bebé? Sí No
c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Sí No

11. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaco | <input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados | <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergias |
| <input type="checkbox"/> Mareos/Ataques Repentinos | <input type="checkbox"/> Cansancio Frecuente | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Reciente |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación o implante | <input type="checkbox"/> Problema del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Infección de SIDA o HIV | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras | |

Observaciones

Firma del Dentista _____ Fecha _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| 1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 9. ¿Aprieta o cruje usted los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula? | | 14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| a) ¿Ruidos ligeros? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| c) ¿Dificultad a abrir o cerrar la boca? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| d) ¿Dificultad al masticar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA

X

Firma del Padre o Tutor (si el paciente es menor de edad) _____

Fecha _____