

# HISTORIA MÉDICA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem. Edad \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente trata el área en y alrededor de su boca, su boca forma 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:

- ¿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
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuándo?
- ¿Está usted en una dieta especial?  Sí  No
- ¿Usted usa tabaco? En caso afirmativo, ¿cuánto fumas por día? \_\_\_\_\_  Sí  No  Cigarrillos  Sin Humo
- ¿Usted usa sustancias controladas?  Sí  No
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar:
- ¿Alguna vez se le ha aconsejado tomar algún medicamento antes de los procedimientos odontológicos?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es el medicamento?:
- ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_
- ¿Está usted amamantando?  Sí  No
- ¿Usted toma anticonceptivos orales?  Sí  No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Látex  Metálico  Sulfamida  Anestésicos locales  Otros \_\_\_\_\_

¿Es usted propenso a la anafilaxia?  Sí  No

¿Tiene, o ha tenido, alguno de lo siguiente?

- |  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / HIV Positivo             | <input type="checkbox"/> Herpes labiales              | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes     | <input type="checkbox"/> Latido irregular del corazón  | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina              |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer's       | <input type="checkbox"/> Fiebre Ampollas              | <input type="checkbox"/> Herpes Genital                   | <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones      | <input type="checkbox"/> Herpes Zóster                   |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                      | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita        | <input type="checkbox"/> Glaucomas                        | <input type="checkbox"/> Leucemia                      | <input type="checkbox"/> Espina Bífida                   |
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Convulsiones                 | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado       | <input type="checkbox"/> Spina Bífida                    |
| <input type="checkbox"/> Angina                          | <input type="checkbox"/> Depresión                    | <input type="checkbox"/> Ataque/Falla del corazón         | <input type="checkbox"/> Hipotensión (presión baja)    | <input type="checkbox"/> Enfermedad estomacal/intestinal |
| <input type="checkbox"/> Artritis                        | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Soplo de corazón                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar           | <input type="checkbox"/> Ataque de Apoplejía             |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardiacas artificiales | <input type="checkbox"/> Mareo                        | <input type="checkbox"/> Marcapasos                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad Mental             | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades   |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial _____   | <input type="checkbox"/> Drogadicción                 | <input type="checkbox"/> Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las tiroides      |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar     | <input type="checkbox"/> Hemofilia                        | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                  | <input type="checkbox"/> Tonsilitis                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre         | <input type="checkbox"/> Enfisema                     | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                      | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                    |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre           | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones     | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C                  | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea       | <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos          |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios         | <input type="checkbox"/> Sangrando excesivo/anormal   | <input type="checkbox"/> Herpes                           | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica         | <input type="checkbox"/> Úlceras                         |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad         | <input type="checkbox"/> Sed excesiva                 | <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión alta)      | <input type="checkbox"/> Radiation Treatments          | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea              |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                          | <input type="checkbox"/> Desmayos / vértigo           | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                  | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente      | <input type="checkbox"/> La ictericia amarilla           |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                   | <input type="checkbox"/> Tos persistente o sangrienta | <input type="checkbox"/> Ronchas o erupción cutánea       | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática              |  |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho             | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente            | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                     | <input type="checkbox"/> Reumatismo                    |  |

¿Usted ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No

Comentarios Adicionales \_\_\_\_\_

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 la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina odontológica de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Para los pacientes menores de 17 años, el padre/tutor legal debe de firmar)