

**HISTORIA MÉDICA**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental ante todo trata el área dentro y alrededor de su boca, su boca es parte de su cuerpo. Problemas de salud, o medicamentos que usted está tomando, podrán tener una relación importante con el tipo de tratamiento dental que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está siendo atendido por un médico en este momento?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía mayor?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza o cuello?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando medicamentos, pastillas o drogas?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando o ha tomado Phen-fen o Redux?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tomado o esta tomando Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bisfosfonatos?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Tiene alguna dieta en especial?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Consumo tabaco o fuma?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Usa sustancias controladas?  Si  No \_\_\_\_\_

**Mujeres únicamente, está usted:**

¿Embarazada o tratando de embarazarse?  Si  No ¿Tomando anticonceptivos?  Si  No ¿Amamantando?  Si  No

**¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?**

- Aspirina  Penicilina  Codeína  Anestésico local  Acrílico  Metal  Látex  Sulfas
- Otro Si marca SI, Por favor explique \_\_\_\_\_

**¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Por favor circule las correctas**

|                             |   |                         |   |                               |   |                               |   |
|-----------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------------|---|-------------------------------|---|
| VIH/SIDA                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cortisona Médica        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diálisis Renal                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Alzheimer                   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diabetes                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre Reumática              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxis                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Adicciones a Drogas     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Reumatismo                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anemia                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sofocaciones            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presión Arterial Alto         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre de Escarlatina         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Angina de Pecho             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfisema                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes Zoster                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Artritis o Gota             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o Incautación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sarpullido o Urticaria        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Células Falciformes           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Válvula Artificial Cardíaca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sangrado Excesivo       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hipoglicemia                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sinusitis                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Articulación Artificial     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sed en Exceso           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Palpitación Irregular         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asma                        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desmayos o Mareos       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas del Riñón           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problema Estomacal/Intestinal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad Sanguínea        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tos Frecuente           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Leucemia                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Derrame Cerebral              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión Sanguínea       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Diarrea Frecuente       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del Hígado         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de Extremidades     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas Respiratorios     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolores de Cabeza       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Presión Arterial Baja         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Tiroidea           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Moretones Fácilmente        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad Pulmonar           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tonsilitis                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glaucoma                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Fiebre de Heno          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tumores o Crecimientos        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dolor en el Pecho           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ataque de Corazón       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor de Quijada              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Úlceras                       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Aftas o Fuegos Bucales      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Soplo en el Corazón     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades paratifoideas    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedades Venéreas         | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Defecto Congénito Cardíaco  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Marcapasos Cardíaco     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cuidado Psiquiátrico          | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ictericia                     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas Cardíacas     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de Radiación      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                               |   |
|                             |   | Hemofilia               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Pérdida de Peso Reciente      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |                               |   |

¿Alguna vez ha padecido de alguna otra enfermedad que no aparezca en la lista previamente mencionada?

Si

No  \_\_\_\_\_

**Comentarios:** \_\_\_\_\_

En lo mejor de mi conocimiento todas mis respuestas fueron contestadas precisamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi (paciente) propia salud. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental cualquier cambio que se presente en mi salud.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_