

**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 \_\_\_\_\_
- ¿Consume 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 \_\_\_\_\_