

## HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI O NO Y PROPORCIONE LAS RESPUESTAS DONDE SEA NECESARIO**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| 1. ¿Está bajo el cuidado de un médico?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 2. ¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido daño a la cabeza o cuello?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 4. ¿Esta tomando algun medicamento, pastillas, o drogas?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 5. ¿Toma, o ha tomado Phen-Fen o Redux?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 6. ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o algun otro medicamento que contenga bisphosphonatos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 7. ¿Tiene una dieta especial?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 8. ¿Usa Tabaco?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |
| 9. ¿Usa sustancias controladas?  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |

Mujeres, esta:

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazada/Tratando de embarazarse? | <input type="checkbox"/> Dando Pecho a su bebé? | <input type="checkbox"/> Tomando anticonceptivos? |
|--|---|---|

¿Tiene alergia a cualquiera de los siguientes:

|                                      |                                     |  |  |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina    | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína             | <input type="checkbox"/> Acrílico        |
| <input type="checkbox"/> Metales     | <input type="checkbox"/> Látex      | <input type="checkbox"/> Medicinas con Sulfa | <input type="checkbox"/> Anestesia Local |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ |                                     |  |  |

Tiene, o ha tenido alguno de los siguiente?

|                                  |   |                                  |   |   |   |                                    |   |
|----------------------------------|---|----------------------------------|---|---|---|------------------------------------|---|
| AIDS/VIH Positivo                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Medicamentos de Cortisona        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de Radiación           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Alzheimers                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | pérdida de peso reciente           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anafilaxia                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Adicción a las Drogas            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatis B o C                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | diálisis renal                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente Alborotado            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | herpes                                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | fiebre reumática                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Angina                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Alta Presión                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | reumatismo                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis/Gota                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o Convulsiones         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | colesterol alto                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | escarlatina                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvula Artificial del Corazón   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado Excesivo                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | urticaria o sarpullido                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Shingles (herpes)                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulación Artificial          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed Excesiva                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | hipoglicemia                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | células falciformes                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / Mareos                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | latido del corazón irregular            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | sinusitis                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de la Sangre          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos Frecuente                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | problemas de riñon                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | espina bífida                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Transfusión de Sangre            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea Frecuente                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | leucemia                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | enfermedad de estomago/ intestinos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas para respirar          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de Cabeza Frecuentes     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | enfermedad del hígado                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | derrame cerebral/apoplejía         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fácilmente Abollado              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | herpes genital                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Baja Presión                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | hinchazón de extremidades          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | glaucoma                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | enfermedad pulmonar                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | enfermedad de tiroides             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | fiebre de heno                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Válvula Mitral Prolapsada               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dolores en el Pecho              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque Cardíaco/Infarto          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | osteoporosis                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Herpes Labial                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | dolor en articulaciones de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | tumores o crecimientos             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad Congénita del Corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | enfermedad paratiroidea                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ulceras                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | problemas/enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | tratamiento psicológico                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | enfermedad de transmission sexual  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Ictericia                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                  |   |   |   |                                    |   |

Yo certifico que las respuestas a este cuestionario son precisas a lo mejor de mi capacidad, ya que un cambio en mi condicion medica o en medicamentos que tome pueden afectar mi tratamiento dental. Yo entiendo la importancia y estoy de acuerdo en tomar la responsabilidad de notificar al odontologo de cualquier cambio en mi siguiente cita.

Firma \_\_\_\_\_  
(Paciente o representante legal)

Fecha \_\_\_\_\_