

Historial Médico

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento : _____ Estatura: _____ Peso: _____

I. CIRCULE LA RESPUESTA ADECUADA

- SI NO ¿Su salud general es buena? SI NO ¿Está siendo tratado(a) por un médico actualmente? ¿Para qué?
SI NO ¿Ha habido cambios en su salud durante el último año? Fecha del último examen médico: _____
SI NO ¿Ha sido hospitalizado(a) o ha tenido una enfermedad grave en los últimos 3 años? Si es así, ¿por qué? SI NO ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriormente? Fecha del último examen dental: _____
SI NO ¿Tiene dolor en este momento?

II. HA EXPERIMENTADO:

- SI NO ¿Dolor de pecho (angina)? SI NO ¿Mareos? SI NO ¿Diarrea, constipación, sangre en las heces?
SI NO ¿Tobillos hinchados? SI NO ¿Zumbidos en los oídos? SI NO ¿Vómito frecuente, náusea?
SI NO ¿Falta de aliento? SI NO ¿Dolores de cabeza? SI NO ¿Dificultad para orinar, sangre en la orina?
SI NO ¿Pérdida de peso? SI NO ¿Desmayos? SI NO ¿Boca seca?
SI NO ¿Tos persistente, tos con sangre? SI NO ¿Visión borrosa? SI NO ¿Ictericia?
SI NO ¿Problemas de sangrado, se le forman moretones fácilmente? SI NO ¿Convulsiones? SI NO ¿Dolor en las articulaciones, rigidez?
SI NO ¿Problemas en los senos nasales o paranasales? SI NO ¿Sed excesiva? SI NO ¿Dificultad al tragar?
SI NO ¿Orina muy frecuente?

III. TIENE O HA TENIDO:

- SI NO ¿Enfermedades cardíacas? SI NO ¿VIH o SIDA? SI NO ¿Enfermedad de transmisión sexual?
SI NO ¿Ataque al corazón? SI NO ¿Herpes? SI NO ¿Anemia?
SI NO ¿Soplo cardíaco, defectos cardíacos? SI NO ¿Artritis, reumatismo? SI NO ¿Enfermedad de tiroides o suprarrenal?
SI NO ¿Fiebre reumática? SI NO ¿Enfermedades oculares? SI NO ¿Problemas estomacales, úlceras?
SI NO ¿Derrame cerebral, arterias endurecidas? SI NO ¿Enfermedades de la piel? SI NO ¿Diabetes? (Tipo 1 o Tipo 2)
SI NO ¿Presión sanguínea elevada? SI NO ¿Cancer, tumores? SI NO ¿Enfermedad de los riñones o vesícula?
SI NO ¿Asma, EPOC, tuberculosis, enfisema? SI NO ¿Apnea del sueño? SI NO ¿Historial familiar de cáncer/tumores, enfermedades cardíacas, diabetes?
SI NO ¿Hepatitis, otra enfermedad del hígado? SI NO ¿Máquina de CPAP?

IV. TIENE O HA TENIDO:

- SI NO ¿Tratamiento psiquiátrico? SI NO ¿Hospitalización? SI NO ¿Válvula cardíaca protésica?
SI NO ¿Demencia o Enfermedad de Alzheimer? SI NO ¿Transfusiones de sangre? SI NO ¿Articulación artificial?
SI NO ¿Tratamiento de radiación? SI NO ¿Cirugías? SI NO ¿Lentes de contacto?
SI NO ¿Quimioterapia? SI NO ¿Marcapasos?

V. USTED USA:

- SI NO ¿Drogas recreativas? SI NO ¿Tabaco en cualquier forma?
SI NO ¿Marijuana? SI NO ¿Alcohol?

VI. SOLO MUJERES:

- SI NO ¿Está o podría estar embarazada? SI NO ¿Lactando? SI NO ¿Tomando píldoras anticonceptivas?

VII. TODOS LOS PACIENTES:

SI NO ¿Tiene o ha tenido cualquier otra enfermedad o problema médico NO incluido en este formulario? Si es así, por favor explique:

Según mi entender, he contestado las preguntas de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud y/o medicamentos.

Firma del paciente (padre/guardián legal si es menor de 18): _____ Fecha: _____

Revisión Anual:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____