

# Historial Médico

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trata principalmente el área y alrededor de su boca, la boca es parte de su cuerpo. Problemas de Salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con el tratamiento dental que usted reciba. Gracias por responder las siguientes preguntas:

- ¿Está usted bajo cuidado médico?  Si  No \_\_\_\_\_
- Alguna vez ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirugía mayor?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido una grave lesión de cabeza o cuello?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando o ha tomado, Fentermina, Fenfluramina o Redux?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Está en alguna dieta especial?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Usted fuma?  Si  No \_\_\_\_\_
- ¿Usa sustancias controladas (Algún medicamento)?  Si  No \_\_\_\_\_

**Si su respuesta es sí a alguna de las preguntas antes mencionadas por favor explique.**

### Mujer

- ¿Está usted:**
- Embarazada/Tratando de embarazarse?  Si  No  Amamantando?  Si  No
  - ¿Tomando anticonceptivos?  Si  No

- Eres alérgico a cualquiera de los siguientes?**
- Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestesia local
  - Otro, Por favor explique: \_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido usted, alguna de los siguientes?

SIDA/VIH positivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Medicina de Cortisona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Adicción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Falta de Aliento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia/convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ronchas o erupción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula artificial cardíaca	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado descontrolado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglicemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Coyuntura artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed descontrolado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latidos irregulares de corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos/Mareos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problema Renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Trasfusión de sangre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas de respiración	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor de cabeza frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión baja	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Moretón fácil	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de los pulmones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	La fiebre del heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor en coyuntura de la mandíbula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolor en el pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque al corazón o comienzo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Herpes labial/Ampollas por fiebre	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo en el corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Desorden cardíaco congénito	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ritmo cardíaco producido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reciente pérdida de peso	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Diálisis Renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas de sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fiebre reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de estómago/intestino	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Fiebre Escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Embolia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dulebrilla	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de células falciformes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de las tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad seria no mencionada arriba?  Si  No  
 Explique si su respuesta es sí: \_\_\_\_\_

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

Lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en esta forma han sido exactamente contestadas. Entiendo que proporcionando información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud (paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental cualquier cambio en mi estado de salud.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_