

HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Problemas de salud que usted pueda tener o la medicación que pueda estar tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

- | | | | |
|---|----|----|-------------------------------------|
| ¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? | Sí | No | En caso afirmativo, explique: _____ |
| ¿Alguna vez has estado hospitalizado o has tenido una operación?... | Sí | No | En caso afirmativo, explique: _____ |
| ¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? ... | Sí | No | En caso afirmativo, explique: _____ |
| ¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? | Sí | No | En caso afirmativo, explique: _____ |
| ¿Sigues una dieta especial? | Sí | No | |
| ¿Consumes tabaco? | Sí | No | |
| ¿Bebes alcohol? | Sí | No | |
| ¿Necesitas pre medicarte? | Sí | No | En caso afirmativo, explique: _____ |

Mujeres: ¿Estás embarazada/intentando quedar embarazada? _____ ¿Está tomando anticonceptivos orales? _____ ¿Está lactando? _____

¿Eres alérgico a alguno de los siguientes?

¿Aspirina, penicilina, codeína, metal, acrílico, látex, anestésicos locales u otros? _____ En caso afirmativo, explique: _____

¿Tienes, o has tenido, alguno de los siguientes?

SIDA/VIH positivo	Sí	No	Medicamento con cortisona	Sí	No	Hemofilia	Sí	No	Diálisis renal	Sí	No
Enfermedad de Alzheimer	Sí	No	Diabetes	Sí	No	Hepatitis A	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No
Anafilaxia	Sí	No	Adicción a las drogas	Sí	No	Hepatitis B o C	Sí	No	Reumatismo	Sí	No
Anemia	Sí	No	Viento fácil	Sí	No	Herpes	Sí	No	Escarlatina	Sí	No
Angina de pecho	Sí	No	Enfisema	Sí	No	Presión arterial alta	Sí	No	Herpes zóster	Sí	No
Artritis/Gota	Sí	No	Epilepsia o convulsiones	Sí	No	Urticaria	Sí	No	Células falciformes	Sí	No
Válvula cardíaca artificial	Sí	No	Sangrado excesivo	Sí	No	Hipoglucemia	Sí	No	Sinusitis	Sí	No
Articulación artificial	Sí	No	Sed excesiva	Sí	No	Taquicardias	Sí	No	Espina bífida	Sí	No
Asma	Sí	No	Desmayos/mareos	Sí	No	Problemas renales	Sí	No	Enfermedad estomacal	Sí	No
Enfermedad de la sangre	Sí	No	Tos frecuente	Sí	No	Leucemia	Sí	No	Accidente cerebrovascular	Sí	No
Transfusión de sangre	Sí	No	Diarrea frecuente	Sí	No	Enfermedad hepática	Sí	No	Hinchazón de las extremidades	Sí	No
Problema respiratorio	Sí	No	Dolores de cabezas frecuentes	Sí	No	Presión arterial baja	Sí	No	Enfermedad de la tiroides	Sí	No
Hematomas Fácilmente	Sí	No	Herpes genital	Sí	No	Rinitis	Sí	No	Tratamientos de radiación	Sí	No
Glaucoma	Sí	No	Prolapso de la válvula mitral	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	Enfermedad pulmonar	Sí	No
Quimioterapia	Sí	No	Cáncer	Sí	No	Dolor la mandíbula	Sí	No	Tumores o tumores	Sí	No
Dolores en el pecho	Sí	No	Insuficiencia cardíaca	Sí	No	Úlceras	Sí	No	Enfermedad paratiroidea	Sí	No
Herpes labial/Ampollas	Sí	No	Soplo cardíaco	Sí	No	Atención psiquiátrica	Sí	No	Enfermedad venérea	Sí	No
Trastorno cardíaco	Sí	No	Marcapasos cardíacos	Sí	No	Amigdalitis	Sí	No	Convulsiones	Sí	No
Enfermedades cardíacas	Sí	No	Pérdida de peso reciente	Sí	No	Otra enfermedad no mencionada: _____					

Medicamentos actuales: _____

Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE o TUTOR _____

FECHA _____