

Historia Médica

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Si Sí, por qué?
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué?

Fecha de su último examen médico:

5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

Fecha de su última cita dental:

II. HA NOTADO:

7.	Sí	No	¿Dolor de pecho (angina)?	18.	Sí	No	¿Mareos?
8.	Sí	No	¿Los tobillos hinchados?	19.	Sí	No	¿Ruidos o zumbidos en los oídos?
9.	Sí	No	¿Falta de aliento?	20.	Sí	No	¿Dolores de cabeza?
10.	Sí	No	¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche?	21.	Sí	No	¿Desmayos?
11.	Sí	No	¿Tos persistente o tos con sangre?	22.	Sí	No	¿Vista borrosa?
12.	Sí	No	¿Problemas de sangramiento, moretes?	23.	Sí	No	¿Convulsiones?
13.	Sí	No	¿Problemas nasales (sinusitis)?	24.	Sí	No	¿Sed excesiva?
14.	Sí	No	¿Dificultad al tragar?	25.	Sí	No	¿Orina con frecuencia?
15.	Sí	No	¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces?	26.	Sí	No	¿Boca seca?
16.	Sí	No	¿Vómitos con frecuencia, náuseas?	27.	Sí	No	¿Ictericia?
17.	Sí	No	¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?	28.	Sí	No	¿Dolor o rigidez en las articulaciones?

III. TIENE O HA TENIDO:

29.	Sí	No	¿Enfermedades del corazón?	40.	Sí	No	¿SIDA?
30.	Sí	No	¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?	41.	Sí	No	¿Tumores, cáncer?
31.	Sí	No	¿Soplos en el corazón?	42.	Sí	No	¿Artritis, reuma?
32.	Sí	No	¿Fiebre reumática?	43.	Sí	No	¿Enfermedades de los ojos?
33.	Sí	No	¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?	44.	Sí	No	¿Enfermedades de la piel?
34.	Sí	No	¿Presión sanguínea alta?	45.	Sí	No	¿Anemia?
35.	Sí	No	¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares?	46.	Sí	No	¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)?
36.	Sí	No	¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?	47.	Sí	No	¿Herpes?
37.	Sí	No	¿Problemas del estómago, úlceras?	48.	Sí	No	¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?
38.	Sí	No	¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex?	49.	Sí	No	¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales?
39.	Sí	No	¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores?	50.	Sí	No	¿Diabetes?

VI. TIENE O HA TENIDO:

51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico?

56. Sí No ¿Hospitalizaciones?

52.	Sí	No	¿Tratamientos de radiación?	57.	Sí	No	¿Transfusiones de sangre?
53.	Sí	No	¿Quimioterapia?	58.	Sí	No	¿Cirugías?
54.	Sí	No	¿Válvula artificial del corazón?	59.	Sí	No	¿Marcapasos?
55.	Sí	No	¿Articulación artificial?	60.	Sí	No	¿Lentes de contacto?

V. ESTÁ TOMANDO:

1. Sí No ¿Drogas de uso recreativo?
2. Sí No
64. Sí No

63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo?
- ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)?
- ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?

Liste por favor:

VI. SÓLO PARA MUJERES:

65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?

66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique:

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente

Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

1. Firma del Paciente
2. Firma del Paciente
3. Firma del Paciente

Fecha
Fecha
Fecha