

### FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Tel. Res.: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

SS#: \_\_\_\_\_ Contacto en Emergencias: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Tel.: ( ) \_\_\_\_\_

Si está llenando este formulario por otra persona, ¿cuál es su relación con ésta?

NOMBRE RELACION

En las preguntas siguientes marque con (X) lo que se aplique. Sus respuestas son sólo para nuestros expedientes y se mantendrán en confidencia de acuerdo con las leyes pertinentes. Favor de tener en cuenta que durante su primera visita se le harán más preguntas acerca de sus respuestas en este cuestionario y podrán hacerse preguntas adicionales acerca de su salud. Esta información es vital para poder proveerle el cuidado apropiado. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

### INFORMACIÓN DENTAL

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
¿Le sangran las encías al cepillarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia (frenos en los dientes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene los dientes sensitivos al frío, calor, dulce o presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene dolores de oído o de cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido tratamiento periodontal (de las encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa aparatos (prótesis) dentales removibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna dificultad seria asociada con cualquier tratamiento dental anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría el problema dental que tiene ahora? \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen dental: \_\_\_\_\_

Fecha de los últimos rayos X dentales: \_\_\_\_\_

¿Qué le hicieron esa vez? \_\_\_\_\_

¿Qué piensa acerca de la apariencia de sus dientes? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA

Si contesta que sí a cualquiera de las 3 siguientes, deténgase y lleve este formulario a la recepcionista.

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?			
Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente por más de tres semanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se encuentra en buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el pasado año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está al presente bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es así, ¿qué condición(es) se está tratando? \_\_\_\_\_

Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_

Médico(s):

NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL
NOMBRE	TELÉFONO
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL

¿Ha sufrido una enfermedad seria, una operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema? \_\_\_\_\_

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
¿Está tomando o ha tomado recientemente alguna medicina incluyendo medicinas sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué medicinas está tomando?	_____		
De receta:	_____		
Sin receta:	_____		
Vitaminas, preparaciones naturales o hierbas medicinales, suplementos dietéticos:	_____		
¿Está tomando o ha tomado alguna medicina para rebajar de peso como Pondimin (fenfluramina), Redux (dexfenfluramina) o fen-fen (fenfluramina-fentermina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuánto alcohol tomó en la últimas 24 horas?	_____		
¿En la última semana?	_____		
¿Tiene dependencia del alcohol o de las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿ha recibido tratamiento? (Marque una.) Sí / No	_____		
¿Usa drogas u otra sustancia con fines recreativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, enumere:	_____		
Frecuencia de uso (diario, semanal, etc.):	_____		
# de años de uso recreativo de drogas:	_____		
¿Usa tabaco (fuma, rapé, masca)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuán interesado está en cesar?	_____		
(marque uno) Muy interesado / Algo / No tengo interés	_____		
¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No	No sé
¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:			
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes, o píldoras para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicinas de sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno/en temporada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentos (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metales (especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Donde conteste que sí, especifique el tipo de reacción.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

	Sí	No	No sé
¿Le han reemplazado completamente una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuándo le hicieron esta operación?	_____		
Si contestó que sí, ¿ha tenido alguna complicación o dificultad con la articulación protésica?	_____		
¿Le ha recomendado un médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de recibir tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué antibiótico, y qué dosis?	_____		
Nombre del médico o dentista*:	_____		
Tel.:	_____		

**PARA LAS MUJERES SOLAMENTE**

¿Está o puede estar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando píldoras anticonceptivas o de reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Favor de marcar con (X) si ha tenido o no cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas.

	Sí	No	No sé
Sangría anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre. Si marca sí, fecha: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/quimioterapia/tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular. Si marca sí, especifique abajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___ Angina			
___ Arteriosclerosis			
___ Válvulas artificiales en el corazón			
___ Defectos congénitos del corazón			
___ Insuficiencia cardíaca			
___ Enfermedad de las arterias coronarias			
___ Válvulas del corazón dañadas			
___ Ataque del corazón			
___ Soplo en el corazón			
___ Presión sanguínea alta			
___ Presión sanguínea baja			
___ Prolapso de la válvula mitral			
___ Marcapaso			
___ Enfermedad reumática del corazón/fiebre reumática			
Dolor en el pecho al esforzarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunosupresión inducida por enfermedad, drogas o radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes. Si marca sí, especifique abajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___ Tipo I (dependiente de insulina)			
___ Type II			
Boca seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos alimenticios. Si marca sí, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos o ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo gastrointestinal/acidez persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No	No sé
Hepatitis, ictericia, o enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique el tipo de infección: _____			
Problemas del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la salud mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si marca sí, especifique: _____			
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos neurológicos. Si marca sí, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glándulas del cuello hinchadas persistentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios. Si marca sí, especifique abajo:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
___ Enfisema			
___ Bronquitis, etc.			
Dolores de cabeza severos/migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad sexualmente transmitida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis u otros problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de las tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Micción (orinar) excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no aparezca en la lista, que cree que debo saber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explique por favor: _____			

**NOTA: Se aconseja tanto al doctor como al paciente a hablar antes del tratamiento de todos los asuntos relacionados con la salud del paciente.**

Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis dudas, si alguna, acerca de las preguntas enunciadas anteriormente han sido aclaradas a mi satisfacción. No consideraré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por cualquier acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que pueda yo haber cometido al llenar este formulario.

FIRMA DEL PACIENTE/ TUTOR LEGAL

FECHA

**PARA USO DEL DENTISTA**

Comentarios sobre de la entrevista con el paciente acerca del historial médico:

Descubrimientos significativos en el cuestionario o la entrevista oral:

Consideraciones para el manejo dental:

Actualización del Historial Médico: De manera regular se le debe preguntar al paciente si hay cambios en su historial médico, y anotar la fecha y los comentarios y firmarlos.

Fecha \_\_\_\_\_ Comentarios \_\_\_\_\_ Firma del Paciente y del Dentista \_\_\_\_\_