

Historia Médica

Fecha _____

Nombre _____ Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal (Zip code) _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Estatura _____ Peso _____

Ocupación _____ Número de seguro social _____

Soltero (-a) _____ Casado (-a) _____ Nombre de su cónyuge _____

Pariente (-a) más cercano (-a) _____ Teléfono de él (ella) _____

Si usted llena este formulario por otra persona, ¿qué parentesco tiene con usted? _____

Enviado por _____

Para contestar a las preguntas que siguen, trace un círculo alrededor de *Sí* o *No*, lo que aplique. Sus respuestas son solamente para nuestro historial médico y serán consideradas como confidenciales. Fíjese bien en que durante su visita inicial se le harán a usted algunas preguntas acerca de sus respuestas a este cuestionario y que es posible que le pregunte algo adicional acerca de su salud.

1. ¿Está usted bien de salud? Sí No
¿Goza usted de buena salud?
2. ¿Durante el último año ha observado usted cualquier cambio en su salud general? Sí No
3. El reconocimiento físico más reciente que me hicieron fue el _____
4. ¿Esta usted bajo el cuidado de un(a) médico(-a) ahora? Sí No
En ese caso, ¿para qué consultó usted a su médico(-a)? _____
5. ¿Cómo se llama? ¿Cuál es la dirección de su consultorio? _____

6. ¿Ha sufrido usted alguna vez de una enfermedad grave, ha sido operado(-a), o ha estado usted hospitalizado(-a) por cualquier razón durante los últimos cinco años? Sí No
En ese caso, ¿cuál fue la enfermedad o problema? _____

7. ¿Toma usted alguna(s) medicina(s) o drogas incluyendo cualquiera que no requieren recetas? Sí No
En ese caso, ¿cómo se llama(n) la(s) medicina(s)? _____

8. ¿Padece usted o ha padecido usted alguna vez de cualquiera de las enfermedades o problemas que siguen?
 - a. Válvulas del corazón averiadas o válvulas postizas del corazón, incluyendo soplos cardíacos o enfermedad cardíaca reumática Sí No
 - b. Enfermedad cardiovascular (problemas con el corazón, ataque al corazón, angina, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presión arterial alta, arterioesclerosis, ataque de parálisis) Sí No
 1. ¿Tiene usted dolores en el pecho al hacer ejercicios? Sí No
 2. ¿Jamás le falta la respiración a usted después de hacer ejercicios leves o cuando está acostado(-a)? Sí No
 3. ¿Se le hinchan a usted los tobillos? Sí No
 4. ¿Tiene usted defectos cardíacos congénitos? Sí No
 5. ¿Tiene usted un marcapasos cardíaco? Sí No
 - c. Alergia Sí No
 - d. Problemas con los pasajes nasales (sinusitis) Sí No
 - e. Asma o fiebre del heno Sí No
 - f. Desmayos, vahídos, o ataques Sí No
 - g. Diarrea continua y persistente o una pérdida reciente de peso Sí No
 - h. Diabetes Sí No
 - i. Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado Sí No
 - j. SIDA [AIDS] o infección causada por el virus HTLV-III [HIV] Sí No
 - k. Problemas de tiroides Sí No
 - l. Problemas para respirar, enfisema, bronquitis, etc. Sí No
 - m. Artritis o articulaciones hinchadas dolorosas Sí No
 - n. Úlceras gástricas o hiperacidez Sí No
 - o. Problemas con los riñones Sí No
 - p. Tuberculosis Sí No
 - q. ¿Tiene usted una tos persistente? o al toser, ¿arroja usted sangre? Sí No
 - r. Glándulas hinchadas constantemente en el cuello Sí No
 - s. Presión arterial baja Sí No
 - t. Enfermedades contraídas por medio del contacto sexual Sí No
 - u. Epilepsia u otra enfermedad neurológica Sí No
 - v. Problemas con la salud mental/psiquiátricos Sí No
 - w. Cáncer Sí No
 - x. Problemas con el sistema inmunológico Sí No

9. ¿Ha tenido usted flujos de sangre anormales? Sí No
 a. ¿Jamás han tenido que ponerle una transfusión de sangre? Sí No
10. ¿Tiene usted algún desorden sanguíneo como anemia? Sí No
11. ¿Jamás le han puesto tratamiento contra un tumor o crecimiento? Sí No
12. ¿Es usted alérgico(-a) o ha reaccionado adversamente a:
 a. anestésicos locales? Sí No
 b. penicilina u otro antibióticos? Sí No
 c. drogas de sulfa? Sí No
 d. barbitúricos, sedativos, calmantes, or píldoras para dormir? Sí No
 e. aspirina? Sí No
 f. yodo? Sí No
 g. codeína u otros narcóticos/drogas estupefacientes? Sí No
 h. otras cosas? _____
13. ¿Ha tenido usted alguna vez cualquier problema grave relacionado con cualquier tratamiento dental previo? Sí No
 En ese caso, explíqueme lo. _____
14. ¿Padece usted de cualquier enfermedad, estado, o problema no citado arriba de lo que usted piense que debo enterarme? Sí No
 En ese, caso, explíqueme lo. _____
15. ¿Lleva usted lentes de contacto? Sí No
16. ¿Lleva usted cualquier aparato dental movable? Sí No

Mujeres

17. ¿Está usted embarazada/en estado? Sí No
18. ¿Tiene usted algunos problemas asociados con su ciclo menstrual? Sí No
19. ¿Da usted el pecho al niño (a la niña)? Sí No
20. ¿Toma usted píldoras para el control de embarazo? Sí No

Principal queja dental _____

Certifico que he leído y que comprendo lo susodicho. Reconozco que todas mis preguntas, si las hubo, acerca del cuestionario enunciado anteriormente, han sido contestadas a mi satisfacción. No le considero responsable ni a mi dentista ni a los miembros de su personal pro cualquier error u omisión que yo haya hecho al llenar este formulario.

 Firma del (de la) paciente

 Firma del (de la) dentista

Para ser llenado por e/la dentista.

Comentarios acerca de la entrevista del (de la) paciente acerca de su historia médica: _____

Hallazgos importantes que resultaron del cuestionario o de la entrevista oral: _____

Consideraciones de administración dental: _____

 (Fecha)

 (Firma del/de la dentista)

Historia médica puesta al día

Fecha	Comentarios	Firma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____