

Historial Médico/Dental

Nombre: _____

Género: () masculino () femenino () género neutral

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ **Edad:** _____ (mes/día/año)

Indique la respuesta correcta y, si no la sabe, escriba *No lo sé* en el espacio en blanco.

1. Nombre de su doctor(a) _____ Teléfono: _____

2. ¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?Sí No
 ¿Desde cuándo? _____ ¿Por qué? _____

3. ¿Cuándo fue su último examen físico? _____

4. Medicamentos que está tomando actualmente (incluyendo las vitaminas y los de venta libre)

Medicamento	Frecuencia	Medicamento	Frecuencia

5. ¿Es Ud. alérgico(a) a algún medicamento o alguna sustancia?.....Sí No
 En caso afirmativo, escríbalos aquí: _____

6. ¿Es Ud. alérgico(a) a algún metal, látex o anestesia?Sí No
 En caso afirmativo, sírvase explicar _____

7. SOLO MUJERES: ¿Está o podría estar embarazada?Sí No

8. SOLO MUJERES: ¿Toma anticonceptivos orales?Sí No

9. ¿Le han tratado o le han dicho que podría tener una enfermedad cardíaca?..... Sí No

10. ¿Tiene Ud. un marcapasos o un implante de válvula cardíaca artificial?..... Sí No
 (En caso afirmativo, rodee con círculo el que tiene.)

11. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática?Sí No
12. ¿Ha tenido soplos cardíacos?Sí No
13. ¿Tiene la presión alta o baja? (indicar con círculo)Sí No
14. ¿Ha tenido una enfermedad grave o una cirugía mayor?Sí No
 En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
15. ¿Ha recibido radioterapia o quimioterapia para un tumor u otra condición?Sí No
 En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
16. ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Zometa, Aredia u otro tratamiento oral o intravenoso para tumores óseos, calcio excesivo en la sangre, u osteoporosis?.....Sí No
17. ¿Tiene Ud. una enfermedad inflamatoria como artritis o reumatismo?.....Sí No
18. ¿Tiene Ud. alguna articulación artificial o prótesis?.....Sí No
 En caso afirmativo, indique la fecha en que se lo dieron _____
19. ¿Tiene algún trastorno sanguíneo como anemia, leucemia, etc? Sí No
20. ¿Ha sangrado excesivamente alguna vez después de haberse cortado o lastimado?..... Sí No
21. ¿Toma Ud. un anticoagulante?Sí No
 En caso afirmativo, ¿cuál medicamento? _____
22. ¿Sufre de problemas estomacales?Sí No
23. ¿Tiene problemas renales?Sí No
24. ¿Tiene problemas de hígado?Sí No
25. ¿Es Ud. diabético(a)?Sí No
26. ¿Tiene desmayos o mareos?Sí No
27. ¿Tiene asma?Sí No
28. ¿Tiene epilepsia o trastornos convulsivos?Sí No
29. ¿Tiene o ha tenido una enfermedad de transmisión sexual?Sí No
30. ¿Ha resultado VIH positivo alguna vez?Sí No
31. ¿Tiene SIDA?Sí No
32. ¿Ha tenido o tiene resultados positivos de hepatitis?Sí No

33. ¿Tiene o ha tenido alguna vez tuberculosis?Sí No
34. ¿Fuma Ud., usa tabaco de mascar, cigarrillos electrónicos o cualquier otra forma de tabaco o nicotina?Sí No
35. ¿Suele tomar más de 1 o 2 bebidas alcohólicas al día?Sí No
36. ¿Usa a menudo sustancias controladas*?Sí No
37. ¿Ha recibido alguna vez tratamiento psiquiátrico?Sí No
38. ¿Ha tomado medicamentos para adelgazar, por ejemplo: fenfluramina, fenfluramina combinado con fentermina (fen-fen), dexfenfluramina (redux) u otro producto parecido?.....Sí No
39. ¿Tiene alguna condición o enfermedad que no se ha mencionado?Sí No
En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
40. ¿Hay algo más que debiéramos saber acerca de su salud?Sí No
En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

41. ¿Le gustaría hablar con el doctor a solas acerca de algún problema? Sí No

VACUNAS: (favor de indicar la fecha si la sabe)

Paperas, sarampión y rubéola		Influenza	
Polio		Neumonía	
Hepatitis B		Tétanos	
Difteria			

42. ¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____
43. ¿Cuándo fue su última limpieza dental? _____
44. ¿Asiste regularmente al dentista? Sí No
Si ha contestado afirmativamente, ¿con qué frecuencia? _____
45. ¿Ha perdido o le han sacado alg[un diente? Sí No
46. ¿Ha(n) sido reemplazado(s)? Sí No
47. ¿Cuándo se le reemplazaron?
a. un puente fijo _____ Edad _____
b. un puente removible _____ Edad _____
c. una dentadura _____ Edad _____
d. un implante _____ Edad _____

48. ¿Ha tenido problemas o complicaciones con un tratamiento dental? Sí No

Si ha contestado afirmativamente, favor de explicar:

49. ¿Aprieta o rechina los dientes? Sí No

50. ¿Se le queda atrapada la comida en los dientes? Sí No

51. ¿Es sensible algún diente suyo al calor? frío? dulces? presión?

52. ¿Le duelen o sangran las encías? Sí No

53. ¿Ha experimentado alguna vez resequedad en la boca? Sí No

54. ¿Con qué frecuencia se lava los dientes? _____

55. ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____

56. ¿Tiene algún diente flojo? Sí No

57. ¿Tiene algún diente quebrado o astillado? Sí No

58. ¿Está contento(a) con el aspecto de sus dientes? Sí No

59. En general, ¿cómo se siente acerca de sus dientes? _____

60. ¿Sufre a veces de mal aliento? Sí No

61. ¿Ha tenido alguna vez cirugía o tratamiento en las encías? Sí No

62. ¿Ha tenido alguna experiencia negativa relacionada con el tratamiento dental, o hay algo acerca de la odontología que no le guste?

63. ¿Tiene alguna pregunta o inquietud? Sí No

Si ha contestado afirmativamente, favor de explicar:

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y PRECISA.

NOMBRE DEL PACIENTE/PADRE O TUTOR _____

FECHA _____

NOMBRE DEL DOCTOR/PROVEEDOR _____

FECHA _____

*Una substancia controlada es un medicamento muy adictivo que otro médico le ha recetado