

# Historial médico

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental trata principalmente el área de la boca, la boca también es parte del cuerpo. Los problemas médicos que usted tenga o los medicamentos que pueda estar tomando podrían tener una relación importante con el servicio dental que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿Le está atendiendo un médico en la actualidad?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado(a) alguna vez o se ha sometido a una cirugía de importancia?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha sufrido alguna vez una lesión grave en la cabeza ó el cuello?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Toma usted algún medicamento, píldoras o drogas?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Toma usted ó ha tomado Phen-Fen o Redux?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel ó cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Está usted siguiendo una dieta especial?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Usa usted productos de tabaco?

No  Sí \_\_\_\_\_

¿Usa usted alguna sustancia controlada?

No  Sí \_\_\_\_\_

Información adicional/comentarios

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene usted ó ha tenido alguna de las siguientes afecciones?

	Sí	No		Sí	No
SIDA/VIH Positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anafilaxia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronchas o erupciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardiaca artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latidos irregulares del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le salen moretones con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones de la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes labial/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la paratiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamientos con radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento de cortisona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pierde el aliento con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los senos paranasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Espina bífida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad estomacal/intestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes genital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque/insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos cardiaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema/enfermedad cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Es usted alérgico(a) a alguno de estos?:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> Látex                            |
| <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Medicamentos que contengan sulfa |
| <input type="checkbox"/> Codeína    | <input type="checkbox"/> Otro _____                       |
| <input type="checkbox"/> Acrílico   |   |
| <input type="checkbox"/> Metal      |   |

Para las damas: ¿Está usted...?

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Embarazada o intentando quedar embarazada |
| <input type="checkbox"/> Lactando                                  |
| <input type="checkbox"/> Tomando anticonceptivos orales            |

A mi entender, las preguntas de este formulario se han contestado correctamente. Entiendo que proporcionar información incorrecta podría presentar un peligro a mi salud (o a la del paciente). Es mi responsabilidad notificar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado de salud.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Brush32 Dental**

Brush32.com