

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 ó 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 cardíaca 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"/>	Diabida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialisis 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 cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema/enfermedad cardíaca	<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 sulfá |
| <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 _____

ideal smiles

IdealSmiles.com