

HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Las siguientes preguntas son para su beneficio y le aseguran que su tratamiento tomará en cuenta su estado de salud anterior y actual. Le podrá parecer que algunas preguntas no tienen relación con la condición de su dentadura, pero todas están asociadas con un adecuado cuidado de la salud bucal. Por favor conteste todas las preguntas. Dibuje un círculo alrededor de Sí o No.

HISTORIA MÉDICA

1. ¿Goza usted de buena salud?..... Sí No
 2. Fecha de su último examen físico _____
 3. Médico: Nombre _____ Dirección: _____ No. Telef. () _____
 4. ¿Se encuentra Ud. bajo atención médica?..... Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál es el problema que está siendo tratado? _____
 5. ¿Ha tenido alguna enfermedad u operación seria? Sí No
En caso afirmativo, ¿qué enfermedad u operación? _____
 6. ¿Alguna vez ha estado internado en un hospital? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál fue el problema? _____
 7. ¿Está tomando algún medicamento Sí No o fármacos recreativos (marijuana, cocaína, etcétera)? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuál? _____ ¿En qué dosis? _____
 8. ¿Alguna vez le han recetado antibióticos para tomar antes de su tratamiento dental?..... Sí No
 9. ¿Es usted sensible o alérgico a alguna droga? Penicilina; Tetraciclina; Sulfamidas; Aspirina; Codeína; Otras En caso de otras, ¿qué droga?..... Sí No
 10. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Por favor indique con √ la condición conocida)..... Sí No
- | S | | N | | S | | N | | S | | N | | S | | N | |
|--------------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | Herpes labial | Problemas de sinusitis | Transfusiones de sangre | Dolor en articulaciones de mandíbula | Rayos X o cobalto | | | | | | | | | | |
| Herpes | Hemofilia | Enfermedades en la sangre | Reemplazo de articulaciones | Enfermedades respiratorias | Desmayos o convulsiones | | | | | | | | | | |
| Apoplejía | Reumatismo | Drogadicción | Trastornos nerviosos | Drepanocitemia | Quimioterapia (cáncer, leucemia) | | | | | | | | | | |
| Úlcera | Soplo al corazón | Enfermedad renal | Tumores | Tuberculosis (TB) | Tratamientos con radiación | | | | | | | | | | |
| Diabetes | Se le hacen morcotes con facilidad | Úlceras estomacales | Alergias o urticaria | Epilepsia o convulsiones | Hepatitis o ictericia | | | | | | | | | | |
| Glaucoma | Lesiones en la cabeza | Angina de pecho | Medicina c/cortisona | Prótesis artificial | Enfermedades venéreas (sífilis, Gonorrea) | | | | | | | | | | |
| Artritis | Insuficiencia cardíaca | Problemas mentales | Sangrado excesivo | Tratamiento psiquiátrico | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) | | | | | | | | | | |
| Enfisema | Enfermedades del hígado | Fiebre reumática | Asma | Lesiones congénitas del corazón | ATM (Disfunción articulación temporomandibular) | | | | | | | | | | |
| Fiebre del heno | Escarlatina | Enfermedad tiroidea | Presión arterial alta | Dificultades p/tragar | Déficit auditivo | | | | | | | | | | |
| Amigdalitis | Prolapso de la válvula mitral | Parálisis cerebral | VIH positivo | Dolencias cardíacas o ataque cardíaco | Alergia al metal o al látex | | | | | | | | | | |
11. ¿Tiene usted un marcapasos o se ha hecho cirugía del corazón?..... Sí No
 12. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema de salud no incluido en la lista que considera yo debo saber?..... Sí No
En caso afirmativo, ¿qué? _____
 13. ¿Fuma usted, o consume cualquier producto tabacal? En caso afirmativo, ¿qué cantidad? _____ por día..... Sí No
 14. (Mujeres) ¿Existe la posibilidad de que usted esté embarazada?..... Sí No
 15. (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema relacionado con su período menstrual?..... Sí No
 16. (Mujeres) ¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No
 17. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Fen?..... Sí No

HISTORIA DENTAL

1. Odontólogo anterior _____ Ciudad _____
2. ¿Ha estado padeciendo de algún problema específico?..... Sí No
Detallar: _____
3. ¿Lo pone nervioso el tratamiento dental?..... Sí No
En caso afirmativo, indique con √ Un poco Moderadamente Extremadamente
4. ¿Tiene o ha tenido algunos de los siguientes?: (Por favor indique con √ las condiciones que usted sabe haber tenido)..... Sí No
 Mal aliento ¿Se le han aflojado los dientes/las muelas? Dolores de cabeza ¿Le sangran las encías?
 Sensibilidad en los dientes/las muelas Sus mandíbulas hacen ruido o se traban Problemas sinusales
5. ¿Ha tenido alguna vez alguno de los siguientes?..... Sí No
 Una lesión Cirugía oral Ortodoncia Periodoncia
Detallar: _____
6. ¿Practica usted algún deporte?..... Sí No
Detallar: _____
7. ¿Ha sufrido alguna vez una reacción desfavorable a una anestesia local?..... Sí No
8. ¿Ha tenido alguna vez problemas serios relacionados con algún tratamiento dental previo?..... Sí No
9. ¿Cuánto tiempo hace que le tomaron sus últimas radiografías dentales? _____
10. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su último tratamiento dental? _____
11. ¿Desearía recibir un sedante? Óxido nítrico Drogas o _____ Sí No
12. Deseamos que su visita le resulte lo más cómoda posible. Por favor díganos como podemos lograrlo.

Según mi leal saber, las respuestas que anteceden son verdaderas y correctas. Si en algún momento se produce algún cambio en mi salud o si cambian mis medicamentos, informaré de ello a mi médico en oportunidad de mi próxima visita.

Firma del PACIENTE, PADRE/MADRE/TUTOR: _____ Fecha: _____

Firma del DENTISTA: _____ Fecha: _____

Año 2		REVISADO POR
Cambios en la salud _____		
Fecha _____	Firma del Paciente _____	
		(DDS) _____
		AÑO 2
Año 3		
Cambios en la salud _____		
Fecha _____	Firma del Paciente _____	
		(DDS) _____
		AÑO 3

El cuestionario de la salud DEBERÁ ser actualizado todos los años

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO			
	Año actual	Año 2	Año 3
Fecha	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Presión	____/____	____/____	____/____
Pulso	____	____	____
Temp.	____	____	____
Por:	____	____	____