

Nombre del Paciente _____
Dirección Residencial _____

Correo Electrónico _____
Dirección del Trabajo _____

Fecha de Hoy _____
Fecha de Nacimiento _____
Teléfono de la Casa _____
Teléfono Celular _____
Teléfono del Trabajo _____
Número de Seguro Social _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|--|--|--|--|--|-------|
| <p>1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
 Si afirmativo, ¿cuáles son? _____</p> <p>4. ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen/Redux? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Usted fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Usa usted lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>8. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anestésicos Locales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Barbitúricos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2">(por ejemplo, novocaína)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Penicilina u otros antibióticos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sedantes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Medicamentos a base de sulfá</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Yodo</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: right;">Sí No</td> </tr> </table> <p>9. ¿Tiene una tos persistente o molestias de la garganta que no estén relacionadas con alguna enfermedad conocida (por más de 3 semanas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. Si Es Mujer:</p> <p>a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) ¿Está dando el pecho a su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestésicos Locales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (por ejemplo, novocaína) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos a base de sulfá | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo | | | | | | Sí No |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestésicos Locales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbitúricos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (por ejemplo, novocaína) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sedantes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medicamentos a base de sulfá | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Sí No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

11. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

- | | | |
|--|---|---|
| <p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensión</p> <p><input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre Reumática</p> <p><input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados</p> <p><input type="checkbox"/> Mareos/Ataques Repentinos</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotensión</p> <p><input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Leucemia</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones</p> <p><input type="checkbox"/> Infección de SIDA o HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Problema de Tiroides</p> | <p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco</p> <p><input type="checkbox"/> Angina</p> <p><input type="checkbox"/> Cansancio Frecuente</p> <p><input type="checkbox"/> Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> Enfisema</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis</p> <p><input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación o implante</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras</p> | <p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho</p> <p><input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire</p> <p><input type="checkbox"/> Apoplejía</p> <p><input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergias</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberculosis</p> <p><input type="checkbox"/> Terapia de Radiación</p> <p><input type="checkbox"/> Glaucoma</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Reciente</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado</p> <p><input type="checkbox"/> Problema del Corazón</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios</p> <p><input type="checkbox"/> Otro _____</p> |
|--|---|---|

Observaciones

Firma del Dentista _____ Fecha _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- | | |
|--|--|
| <p>1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?</p> <p>a) ¿Ruidos ligeros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>c) ¿Dificultad a abrir o cerrar la boca? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>d) ¿Dificultad al masticar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> | <p>8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Apretada o cruje usted los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
|--|--|

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA

X

 Firma del Padre o Tutor (si el paciente es menor de edad)

 Fecha