



## Historia Medica & Dental

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? **SI** \_\_\_ **NO** \_\_\_

Fecha de su última visita: \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_

Nombre del Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SI NO**

¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

Explique: \_\_\_\_\_

¿Le ha recomendado su médico alguna vez que usted tome antibióticos antes de un tratamiento dental debido a alguna enfermedad? Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido un reemplazo ortopédico total de una coyuntura o reemplazo de válvula cardiaca?

Fecha/Ubicación: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna discapacidad de la que le gustaría que tengamos conocimiento?

Explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado pastillas para adelgazar? Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado cortisona (esteroides) en los últimos 2 años?

¿Alguna vez lo han tratado por dependencia química del alcoholismo?

¿Usted bebe alcohol? Cantidad,  1 copa al día  2 copas al día  3 o más copas al día  
 Meno, de 1 copa al día

¿Uso de drogas recreativas (de la calle)? Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido diagnosticado con diabetes?

**Estatus de Diabetes:**  Controlado  Moderado  Pobre

Fecha de su último examen en ayunas \_\_\_\_\_ Nivel de su azúcar \_\_\_\_\_

¿Ah tomado o está tomando anticoagulantes? Fecha: \_\_\_\_\_

¿Fuma o mastica tabaco? Cantidad diaria: \_\_\_\_\_ Por cuantos años? \_\_\_\_\_ Fecha que dejo de fumar: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

**¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?**

**SI NO**

Anestesia local

Codeína u otros narcóticos

Penicilina/Antibióticos

Medicamentos para ayudar a dormir

Sulfamidas

**SI NO**

Aspirina

Yodo

Níquel

Alergias estacionales

Látex

Otras Alergias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### MUJERES SOLAMENTE

**SI NO**

¿Problemas después de la menopausia o histerectomía?

¿Está embarazada? Fecha de parto: \_\_\_\_\_

¿Está usando algún método anticonceptivo?

¿Se encuentra actualmente en periodo de lactancia?

**SI NO CONDICIONES CARDIOVASCULARES**

- Angina/Dolor crónico de pecho
- Aterosclerosis/ endurecimiento de las arterias
- Válvula artificial del corazón. Fecha: \_\_\_\_\_
- Desfibrilador interno. Fecha: \_\_\_\_\_
- Ataque del corazón. Fecha: \_\_\_\_\_
- Soplo cardiaco
- Presión arterial alta
- Defecto congénito del corazón
- Prolapso de la válvula mitral
- Cirugía de bypass. Fecha: \_\_\_\_\_
- Marcapaso. Fecha: \_\_\_\_\_
- Hinchazón de los tobillos
- Fiebre reumática enfermedad cardiaca reumática
- Latido del corazón irregular
- Otros problemas cardiacos.
- Explique: \_\_\_\_\_

**SI NO CONDICION RESPIRATORIAS**

- Tuberculosis
- Tos persistente/Tos con sangre
- Enfisema
- Bronquitis crónica
- Asma
- Sinusitis

**SI NO CONDICIONES GASTROINTESTINALES**

- Trastorno de colon
- Diarrea persistente
- Dificultad para pasar / tragar alimentos
- Ulceras
- Malnutrición
- Ictericia
- Piedras de la vesicula biliar
- Enfermedad del hígado/cirrosis
- Hepatitis: Por favor circule el tipo: A B C

**SI NO CONDICIONES GASTROINTESTINALES**

- Enfermedad del riñón/infecciones de la vejiga
- Diálisis. Fecha: \_\_\_\_\_

**SI NO OTRAS CONDICIONES**

- Víctima de violencia domestica
- Glaucoma
- Herpes Labial
- Pérdida de peso no intencional
- Trasplante de órgano/ de algún tejido
- Dolor crónico. Sitio: \_\_\_\_\_

**SI NO CONDICIONES DE LOS HUESOS Y COYUNTURA**

- Osteoporosis/osteoartritis
- Lesión traumática
- Problemas con articulación mandibular (ATM)
- Cirugía de mandíbula
- Fracturas frecuentes
- Artritis reumatoide
- Reemplazo de articulaciones
- Tipo/Fecha: \_\_\_\_\_

**SI NO ANORMALIDADES EN LA SANGRA**

- Sangrado prolongado
- Anemia
- Enfermedad de células falciformes/Rasgo: \_\_\_\_\_
- Hemofilia. Tipo: \_\_\_\_\_
- Transfusión sanguínea. Fecha: \_\_\_\_\_

**SI NO CONDICIONES NEUROLOGICAS**

- Epilepsia
- Convulsiones/ Ataques
- Derrame cerebral
- Neuritis/ Dolor de nervios. Lugar: \_\_\_\_\_
- Neuralgia o dolor facial
- Entumecimiento / parálisis
- Severos/frecuentes dolores de cabeza

**SI NO CONDICIONES PSICOLOGICAS**

- Discapacidad mental. Explique: \_\_\_\_\_
- Depresión/ desorden bipolar
- Condiciones de ansiedad/ trastornos de pánico
- Trastornos alimentarios, anorexia o bulimia
- Otro. Explique: \_\_\_\_\_

**SI NO CONDICIONES INMUNITARIAS**

- AIDS o infecciones de VIH
- Sarcoidosis
- Lupus eritematoso
- Otro desorden inmune

**SI NO ENFERMEDADES DERMATOLOGICAS**

- Erupciones en la piel crónicas/ recurrentes
- Urticaria
- Psoriasis/ Eczema

**SI NO ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL**

- Tipo: \_\_\_\_\_

**SI NO CANCER**

- Sitio: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_
- Quimioterapia/Radioterapia. Fecha: \_\_\_\_\_

## LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre del Medicamento

Dosis

Fecha de Inicio

Propósito de su visita: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última visita al dentista? \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo atención dental de rutina?: SI\_\_\_ NO\_\_\_

Razón de su última visita: \_\_\_\_\_

Nombre de Dentista: \_\_\_\_\_

### ¿Alguno de los siguientes le ha impedido tener atención dental?

- Miedo o ansiedad
- Falta de transporte
- Falta de dinero
- No tiene seguro dental

### Ha tenido alguno de los siguientes

- Tratamiento de Ortodoncia (Frenos)
- Cirugía Oral
- Tratamiento periodontal. ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- Lesión mandibular, de la boca, o de la cabeza  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_

SI NO

### Otras Condiciones Dentales

- ¿Tiene la boca seca?
- ¿Sus encías sangran cuando se cepilla o usa hilo dental?
- ¿Su mandíbula hace clic, truena o causa incomodidad o dolor?
- ¿Rechina o aprieta los dientes?
- ¿Usaste o usas un protector bucal/guarda nocturno?
- ¿Ha notado algún diente flojo?

### Prácticas de Higiene

Sus dientes son sensibles a:  Caliente  Frio  Presión

¿Qué tipo de cepillo dental usa?:  Fuerte  Mediano  Suave

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?: número de veces al día \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia usa el hilo dental?: número de veces al día: \_\_\_\_\_

Marca de pasta dental: \_\_\_\_\_

¿Usa enjuague bucal diario?  SI  No

Entiendo la necesidad de que las preguntas sean contestadas con la verdad. En lo mejor de mi conocimiento, las respuestas que he dado son exactas. También entiendo que es muy importante informar al dentista de cualquier cambio en mi estado médico o dental lo más pronto posible, y estoy de acuerdo de hacerlo. He dado permiso al dentista para obtener de mi médico cualquier información adicional con respecto a mi historial médico o dental necesaria para proveer el mejor tratamiento dental.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Si esta forma no fue contestada por el paciente, indique su relación con el paciente; padre, madre o tutor legal: \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_