

HISTORIAL MEDICO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha: _____

Aunque la higiene dental primordialmente se refiere a la boca, también está forma parte de nuestro cuerpo. Para que pueda recibir tratamiento en esta consulta, deberá contestar todas las preguntas en este formulario de antecedentes médicos. Las preguntas formuladas están relacionadas directamente al tratamiento seguro y eficaz que recibirá en la consulta, por lo tanto, debe contestar honestamente de acuerdo a su mejor conocimiento.

- ¿Está bajo el cuidado de un médico? SI NO Explicarse, _____
- ¿Cuál es el nombre y el número de teléfono de su médico? _____
- ¿Ha tenido alguna vez una operación seria? SI NO Explicarse, _____
- ¿Ha sufrido alguna vez una lesión seria a la cabeza? SI NO Explicarse, _____
- ¿Está tomando algún fármaco o medicamento? SI NO Explicarse, _____
- ¿Ha tomado o está tomando Phen-Fen o Redux? SI NO Explicarse, _____
- ¿Usted toma Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contiene Bifosfonato? SI NO Explicarse, _____
- ¿Está en alguna dieta especial? SI NO Explicarse, _____
- ¿Usted fuma o usa Tabaco de mascar? SI NO Explicarse, _____

PARA MUJERES:

- ¿Esta embarazado o piensa estarlo? ¿Amamanta? ¿Pildoras anticonceptivas?
- ¿Ha tenido una reacción alérgica a lo siguiente?
- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
- Metal Látex Medicamento de Sulfa Anestesia Local
- ¿Otro? Explicarse, _____
- ¿Usted utiliza sustancias controladas? SI NO Explicarse, _____

¿Usted tiene o ha tenido alguno de lo siguiente?

Sida/VIH positivo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cortisona <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hemofilia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alzheimer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pérdida de peso reciente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anafilaxia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Drogadicción <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis B o C <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diálisis renal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fácilmente sin aliento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herpes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fiebre reumática <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Angina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfisema <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipertensión/presión alta <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reumatismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Artritis/Gota <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Colesterol alto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Escarlatina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Válvula de corazón artificial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ronchas o erupción cutánea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herpes Zoster <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Articulación articular <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sed excesiva <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipoglucemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Anemia de células falciformes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Desmayos/Mareos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Latidos cardiacos irregulares <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de sinusitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tos frecuente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de los riñone <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Spina Bifida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Transfusión de sangre <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diarrea frecuente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Leucemia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad estomacal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Problemas Respiratorios <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dolor de cabeza frecuente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Derrame cerebral/ ataque fulminante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Moretones con Facilidad <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herpes genital <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Presión arterial baja <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hinchazón de las Extremidades <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cáncer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Glaucoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad de la tiroides <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Quimioterapia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amigdalitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolores en el Pecho <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ataque al corazón <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Osteoporosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Herpes labial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Soplo al corazón <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tumores o quistes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cardiopatía Congénita <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Marcapasos en el corazon <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad paratiroidea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Úlceras <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Convulsiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas cardiacos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Atención psiquiátrica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Ictericia amarilla <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave? SI NO Explicarse, _____

COMENTARIOS:

Yo he dado respuestas precisas a las preguntas anterior, de acuerdo a mis mejoras conocimientos. Es mi responsabilidad avisar al dentista lo más pronto posible sobre cambios en el estado de mi salud durante el tratamiento dental. Entiendo que al proveer información falsa puede ser peligroso para mí (o el de mi paciente) salud.

Firma del paciente, Padre o Guardián:

X _____

FECHA _____