

HISTORIA DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
 NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA _____ RELACIÓN _____ TELÉFONO _____
 NOMBRE DE MÉDICO _____ DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

I. CIRCULAR RESPUESTA (NO CONTESTE SI NO ENTIENDE LA PREGUNTA)

- | | | | |
|----|----|----|---|
| 1. | SI | NO | SU ESTADO DE SALUD EN GENERAL ES BUENA |
| 2. | SI | NO | HUBO ALGUN CAMBIO EN SU SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO |
| 3. | SI | NO | ¿HA SIDO HOSPITALIZADO O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD SERIA EN EL ÚLTIMO AÑO?
SI LA HA TENIDO, EXPLIQUE POR QUÉ _____ |
| 4. | SI | NO | ¿ESTÁ SIENDO TRATADO ACTUALMENTE POR UN DOCTOR? PARA QUÉ? _____
FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN MÉDICO _____ |

II. HA EXPERIMENTADO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------------|
| 5. | SI | NO | DOLOR EN EL PECHO (ANGINA) | 16. | SI | NO | MAREOS |
| 6. | SI | NO | TOBILLOS HINCHADOS | 17. | SI | NO | ZUMBIDO EN LOS OIDOS |
| 7. | SI | NO | DIFICULTAD PARA RESPIRAR | 18. | SI | NO | DOLORES DE CABEZA |
| 8. | SI | NO | PÉRDIDA DE PESO, FIEBRE, SUDORES
NOCTURNOS | 19. | SI | NO | DESMAYOS |
| 9. | SI | NO | TOS PERSISTENTE, TOS CON SANGRE | 20. | SI | NO | VISION BORROSA |
| 10. | SI | NO | PROBLEMAS DE SANGRADO, DEBILIDAD
CAPILAR | 21. | SI | NO | EPILEPSIA/TEMBLORES |
| 11. | SI | NO | SINOSITIS | 22. | SI | NO | SED EXCESIVA |
| 12. | SI | NO | DIFICULTAD PARA TRAGAR | 23. | SI | NO | ORINAR CON FRECUENCIA |
| 13. | SI | NO | DIARREA, ESTREÑIMIENTO, SANGRE EN LAS
HECE | 24. | SI | NO | SEQUEDAZ DE BOCA |
| 14. | SI | NO | VÓMITOS CON FRECUENCIA, NAUSEAS | 25. | SI | NO | ICTERICIA (AMARILLEZ) |
| 15. | SI | NO | DIFICULTAD PARA ORINAR, SANGRE EN ORINA | 26. | SI | NO | DOLOR EN LAS ARTICULACIONES, RIGIDEZ |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|---------------------------|
| 27. | SI | NO | PROBLEMAS DEL CORAZÓN | 38. | SI | NO | SIDA/HIV |
| 28. | SI | NO | ATAQUE DE CORAZÓN, DEFECTOS CARDIACOS
CUÁNDO _____ | 39. | SI | NO | TUMORES, CANCER |
| 29. | SI | NO | MURMULLO/SOPLO DEL CORAZÓN | 40. | SI | NO | ARTRITIS |
| 30. | SI | NO | FIEBRE REUMÁTICA | 41. | SI | NO | ENFERMEDAD DE OJOS |
| 31. | SI | NO | DERRAME CEREBRAL, ENDURECIMIENTO DE
ARTERIAS | 42. | SI | NO | ENFERMEDAD DE PIEL |
| 32. | SI | NO | PRESION ALTA | 43. | SI | NO | ANEMIA |
| 33. | SI | NO | ASMA, TB, EMPHYSEMA, ENFERMEDAD EN LOS
PULMONES | 44. | SI | NO | SIFILIS/GONORREA |
| 34. | SI | NO | HEPATITIS, OTRA ENFERMEDAD DEL HÍGADO | 45. | SI | NO | HERPES |
| 35. | SI | NO | PROBLEMAS DE ESTÓMAGO, ÚLCERAS | 46. | SI | NO | ENFERMEDAD DE LOS RIÑONES |
| 36. | SI | NO | ALERGIAS A : drogas, comidas ,medicamentos, látex | 47. | SI | NO | ENFERMEDAD DE LA TIROIDES |
| 37. | SI | NO | HISTORIA DE FAMILIA: diabetes, problemas cardiacos,
tumores | 48. | SI | NO | DIABETES |

IV. TIENE O HA TENIDO

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|------------------------------|-----|----|----|-----------------------|
| 49. | SI | NO | CUIDADO PSIQUIÁTRICO | 54. | SI | NO | HOSPITALIZACIÓN |
| 50. | SI | NO | TRATAMIENTO DE RADIACIÓN | 55. | SI | NO | TRANSFUSION DE SANGRE |
| 51. | SI | NO | QUIMIOTERAPIA | 56. | SI | NO | CIRUGIAS |
| 52. | SI | NO | PROTESIS DE VÁLVULA CARDIACA | 57. | SI | NO | MARCAPASOS |
| 53. | SI | NO | PROTESIS INTERNA | 58. | SI | NO | LENTE DE CONTACTO |

V. ESTA TOMANDO:

- | | | | |
|-----|----|----|--|
| 59. | SI | NO | DROGAS RECREATIVAS |
| 60. | SI | NO | MEDICINA, MEDICAMENTOS SIN RECETA (INCLUYENDO ASPIRINA), REMEDIOS NATURALES? |

FAVOR LISTE: _____

VI. MUJERES SOLAMENTE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|-----------------|
| 61. | SI | NO | ¿ESTÁ O PUEDE ESTAR EMBARAZADA? | 63. | SI | NO | ¿ESTÁ LACTANDO? |
| 62. | SI | NO | ¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS? | | | | |

VII. TODO PACIENTE:

- | | | | |
|-----|----|----|---|
| 64. | SI | NO | ¿TIENE O HA TENIDO CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O CONDICIÓN MÉDICA QUE NO APARECE EN ESTE
FORMULARIO? SI TIENE FAVOR DE EXPLICAR: _____ |
|-----|----|----|---|

- | | | | |
|-----|----|----|--|
| 65. | SI | NO | ¿ESTA TOMANDO MEDICAMENTOS (BISPHOSFONATES) PARA TRATAMIENTO DE OSTEOPOROSIS?
SI ESTÁ TOMANDO POR FAVOR LISTE MEDICAMENTOS: _____ |
|-----|----|----|--|

- | | | | |
|-----|----|----|--|
| 66. | SI | NO | ¿HA TENIDO UN TRANSPLANTE DE ÓRGANO O TEJIDO?
SI HA TENIDO FAVOR DE EXPLICAR: _____ |
|-----|----|----|--|

67. SI HA TENIDO USTED O ALGUIEN EN SU FAMILIA DIFICULTAD CON ANESTESIA GENERAL? SI NO
68. SI HAN TENIDO FAVOR DE EXPLICAR: SI NO
69. ¿USTED FUMA? ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SI NO
70. ¿CONSUME ALCOHOL? ¿CON QUÉ FRECUENCIA? SI NO

Historia Dental

I. TODO PACIENTE FAVOR DE CONTESTAR LO SIGUIENTE:

1. FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA DENTAL _____ NOMBRE DE DENTISTA ANTERIOR O PRÁCTICA _____
2. FECHA DE LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO RADIOGRAFÍAS, SI SABE _____
3. ¿CUÁL ES EL MOTIVO DE SU VISITA HOY? (QUEJA PRINCIPAL) _____
4. SI ESTÁ TENIENDO ALGUNA INCOMODIDAD AHORA? SI NO
5. SI ESTÁ TENIENDO, ¿CUÁL ES LA INCOMODIDAD? _____
6. POR FAVOR EXPLICAR _____
7. ¿CÚANDO SANGRAN? SI NO
8. ¿SON SUS DIENTES SENSIBLES A LO CALIENTE? SI NO
9. ¿SON SUS DIENTES SENSIBLES A LOS DULCES? SI NO
10. ¿SON SUS DIENTES SENSIBLES AL MORDER O MASTICAR? SI NO
11. ¿SE LE PENETRA COMIDA ENTRE LOS DIENTES? SI NO
12. ¿CUÁNTAS VECES SE LAVVA LOS DIENTES DIARIAMENTE? 0 1 2 3 MÁS DE 3
13. ¿UTILIZA HILO DENTAL? SI NO
14. ¿UTILIZA UN "WATER JET" PARA LIMPIARSE LOS DIENTES? SI NO
15. ¿QUE LE GUSTARÍA CAMBIAR DE SU CONDICIÓN ACTUAL DE SU BOCA O SONRISA? _____

II. PACIENTES ADULTOS (14 AÑOS Y MAYOR) FAVOR DE CONTESTAR LO SIGUIENTE:

16. SI ¿TIENE SUS DIENTES O ALGUN DIENTE FLOJOS? SI NO
17. SI ¿LE HAN DICHO ALGUNA VEZ QUE TIENE ENFERMEDAD EN LA ENCÍAS? SI NO
18. SI ¿HA TENIDO ALGUN TRATAMIENTO EN LAS ENCÍAS? SI NO
19. SI ¿HA NOTADO ALGUNA HINCHAZÓN EN LA BOCA? SI NO
20. SI ¿PIENSA QUE TIENE MAL ALIENTO ALGUNAS VECES? SI NO
21. SI ¿NOTA UN MAL SABOR EN LA BOCA A VECES? SI NO
22. SI ¿CRUJE USTED SUS DIENTES? SI NO
23. SI ¿TIENE DOLOR EN O ALREDEDOR DE LOS OÍDOS? SI NO
24. SI ¿OYE ALGUN SONIDO COMO POP/CLICK POR LOS OÍDOS AL MASTICAR? SI NO
25. SI ¿TIENE ALGUNA PERFORACIÓN ORAL O FACIAL? ¿DÓNDE? SI NO
26. TIENE SU NINO/A ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS
27. SI CHUPAR EL PULGAR NO
28. SI CHUPARSE LOS DEDOS NO
29. SI USO ACTUAL DE CHUPETE NO

II. PACIENTES DE 13 AÑOS Y MENORES CONTESTAR LO SIGUIENTE:

En uso de mis plenas facultades declaro haber respondido estas preguntas con precisión e información completa. Informaré a mi dentista algún cambio en mi historial de salud médico, dental y/o medicamentos.

Persona completando el historial médico y dental: _____

Relación con el paciente: _____

Firma: _____

Medical and Dental History Reviewed: _____

Doctor: _____

Date: _____

1. Firma del Paciente _____
Doctor signature _____

2. Firma del Paciente _____
Doctor signature _____

3. Firma del Paciente _____
Doctor signature _____

4. Firma del Paciente _____
Doctor signature _____

5. Firma del Paciente _____
Doctor signature _____