

HISTORIA MEDICA

Fecha _____

Nombre _____ Dirección _____
 Apellido Primer nombre Segundo nombre Número y calle

Ciudad Estado Zona postal Teléfono en casa Teléfono de trabajo

Fecha de nacimiento Sexo Ocupación

Número de seguro social Soltero(-a) Casado(-a) Nombre de esposa(-o)

Pariente más cercano Teléfono

Si usted llena este formulario para otra persona, ¿qué parentesco tiene usted con esa persona? _____

Referido por _____

Con las preguntas siguientes, haga usted un círculo alrededor de sí o no, cualquiera que sea pertinente. Sus respuestas son solamente para nuestros anales y se considerarán confidenciales.

1. ¿Está usted bien de salud? sí no
2. ¿Ha habido algún cambio en su salud general dentro del año pasado? sí no
3. Mi último reconocimiento físico fue el _____
4. ¿Está usted bajo el cuidado de un médico actualmente? sí no
 En tal caso, ¿por qué consulta a su médico? _____
5. Mi médico se llama _____
 La dirección de su consultorio es _____
6. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad u operación grave? sí no
 En tal caso, ¿cuál fue la enfermedad o la operación? _____
7. ¿Ha estado usted hospitalizado(-a) o ha tenido una enfermedad grave dentro de los últimos cinco (5) años? .. sí no
 En tal caso, ¿cuál fue el problema? _____
8. ¿Tiene usted o ha tenido algunos de los siguientes enfermedades o problemas?
 - a. Fiebre reumática o cardiopatías reumáticas sí no
 - b. Lesiones cardíacas congénitas sí no
 - c. Enfermedad cardiovascular (problemas cardíacos, ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, obstrucción de un vaso coronario, presión arterial alta, arteriosclerosis, derrame cerebral) sí no
 - 1) ¿Tiene usted dolor sobre el pecho al esforzarse? sí no
 - 2) ¿Jamás siente usted ahogujio (pierde usted la respiración) después de hacer ejercicio moderado? sí no
 - 3) ¿Se le hinchan los tobillos? sí no
 - 4) ¿Pierde usted la respiración al acostarse, o necesita muchas almohadas adicionales cuando duerme? ... sí no
 - 5) ¿Lleva usted un marcapaso cardíaco? sí no
 - d. Alergia sí no
 - e. Problemas del seno sí no
 - f. Asma o fiebre del heno sí no
 - g. Urticarias (ronchas) o salpullidos cutáneos sí no
 - h. Desmayos o convulsiones sí no
 - i. Diabetes sí no
 - 1) ¿Tiene que orinar más de seis veces al día? sí no
 - 2) ¿Tiene usted mucha sed a menudo? sí no
 - 3) ¿Se seca la boca frecuentemente? sí no
 - j. Hepatitis, ictericia (piel amarilla), o enfermedad del hígado sí no
 - k. Artritis sí no
 - l. Reumatismo inflamatorio (dolorosas articulaciones hinchadas) sí no
 - m. Ulceras del estómago sí no
 - n. Mal del riñón sí no
 - o. Tuberculosis (tisis) sí no
 - p. ¿Tiene usted una tos persistente? o al toser, ¿arroja sangre? sí no
 - q. Presión arterial baja (hipotensión arterial) sí no
 - r. Enfermedad venérea sí no
 - s. Otra enfermedad _____

9. ¿Ha tenido usted tendencias anormales de echar sangre que se asocian con extracciones, quirurgia, o trauma anteriores? sí no
 a. ¿Se le hacen moretones sin causa aparente? sí no
 b. ¿Jamás ha necesitado usted una transfusión de sangre? sí no

En tal caso, explique las circunstancias. _____

10. ¿Tiene usted algún trastorno de sangre tal como anemia (la sangre pobre)? sí no
 11. ¿Jamás ha tenido usted alguna operación quirúrgica o radioterapia para un tumor, u otra condición de la cabeza o del cuello? sí no
 12. ¿Toma usted alguna droga o medicina? sí no

En tal caso, ¿qué toma? _____

13. ¿Toma usted algunas de las siguientes:
 a. Antibióticos o sulfamidas sí no
 b. Anticoagulantes (medicamentos para fluidificar la sangre) sí no
 c. Medicina para la presión arterial alta sí no
 d. Cortisona (esteroides) sí no
 e. Tranquilizantes (calmantes) sí no
 f. Antihistamínicos sí no
 g. Aspirina sí no
 h. Insulina, tolbutamida (Orinase, Rastinón) o algo semejante sí no
 i. Digitalis o medicinas para trastornos cardíacos sí no
 j. Nitroglicerina sí no
 k. Un anticonceptivo oral u otra terapia hormonal sí no

l. Otra _____

14. ¿Es usted alérgico(-a) o ha tenido alguna sensibilidad adversa a:
 a. anestesia local? sí no
 b. penicilina u otros antibióticos? sí no
 c. sulfamida (medicamento a base de sulfa)? sí no
 d. barbituratos, sedantes, o pildoras para dormir? sí no
 e. aspirina? sí no
 f. yodo? sí no
 g. codeína u otros narcóticos? sí no

h. otro? _____

15. ¿Ha tenido alguna vez algún trastorno grave que tenía trato con algún tratamiento dental anterior? sí no

En tal caso, explíquelo usted. _____

16. ¿Padece usted de cualquier otra enfermedad, condición, u otro trastorno que no se mencionan arriba, del (de la) cual debo tener conocimiento? sí no

En tal caso, explique usted. _____

17. En su trabajo, ¿está usted en contacto regularmente con rayos equis u otra radiación de ionización? sí no
 18. ¿Lleva usted lentes de contacto? sí no

PARA MUJERES

19. ¿Está usted embarazada? sí no
 20. ¿Tiene usted algunos desórdenes menstruales? (problemas que tienen que ver con su regla) sí no
 21. ¿Amamanta usted? sí no

PRINCIPAL QUEJA DENTAL:

 Firma del (de la) paciente

 Firma del (de la) dentista