

HISTORIA MEDICA

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Sus respuestas son solo para nuestro uso y serán consideradas confidenciales.

1. ¿Ha tenido un cambio en su salud general en el año pasado?
SI NO
 2. ¿Esta bajo el cuidado de un doctor? SI NO
 - a.Cuál es la condición por la que esta siendo tratado? _____
 3. Nombre del Doctor _____
 4. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? SI NO
 5. ¿Tiene ó ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades?
 - Fiebre Reumática o Enfermedad Reumática del corazón
Si No
 - Prolapso de válvula mitral SI NO
 - Soplo en el Corazón SI NO
 - Lesión congénita del corazón SI NO
 - Enfermedad cardiovascular (problema cardiaco, Ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, hipertensión arterial, arteriosclerosis, embolia, marcapasos, válvula cardiaca artificial) SI NO
 - Cáncer (quimioterapia, radioterapia) SI NO
 - Alergias SI NO
 - Problemas de los Senos Nasales SI NO
 - Asma ó Alergias Temporales SI NO
 - Desmayos, Mareos, Epilepsia, ó Apoplejía SI NO
 - Diabetes SI NO
 - Hepatitis, Ictericia (color amarillo), o enfermedad del hígado SI NO
 - Artritis SI NO
 - Reumatismo inflamatorio (dolor ó inflamación de las articulaciones) SI NO
 - Osteoporosis SI NO
 - Articulaciones artificiales SI NO
 - Problemas del riñón SI NO
 - Problemas Respiratorios, Enfisema, Tuberculosis SI NO
 - Tos constante ó con sangre SI NO
 - Presion arterial baja SI NO
 - Enfermedades Trasmittidas Sexualmente SI NO
 - SIDA SI NO
 - ¿Tiene alto riesgo para el SIDA o VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana)? SI NO
 - Sangado Anormal SI NO
 - ¿Se le hacen moretones facilmente? SI NO
 - Transfusion Sanguínea SI NO
 - Enfermedad de la Sangre SI NO
 - Anemia SI NO
 - Incapacidad fisica ó mental SI NO
 - Glaucoma SI NO
 - Ulceras SI NO
 6. ¿Ha utilizado **Phen-Fen** ú otra combinacion de medicamentos para bajar de peso? SI NO
 - a. ¿Ha sido evaluado por un cardiólogo ó ha tenido un electrocardiograma (ECG)? SI NO
 7. ¿Ha tenido cirugía ó radioterapia para un tumor, crecimiento ú otra condicion en el cuello ó en la cabeza? SI NO
 8. ¿Esta tomando cualquier medicamento? SI NO
 - a. ¿Cuál? _____
 9. ¿Esta tomando cualquiera de los siguientes?:
 - a. Antibióticos SI NO
 - b. Anticoagulantes SI NO
 - c. **Fosamax, Zometa, Anepia, Actonel, Boniva** SI NO
 - d. Medicina para la hipertensión SI NO
 - e. Esteroides (**Cortisone**) SI NO
 - f. Tranquilizantes SI NO
 - g. Antihistaminicos SI NO
 - h. Aspirina SI NO
 - i. Insulina, **Tolbutamide (Orinase)** SI NO
 - j. **Digitalis**, Medicamentos para el corazón SI NO
 - k. Nitroglicerina SI NO
 - l. Pastillas anticonceptivas ó terapia hormonal SI NO
 - m. Otros medicamentos _____
 10. ¿Ha tenido una reacción alérgica a cualquier medicameto aquí mencionado? SI NO
 - a. ¿A cualquier otro? _____
 11. ¿Usa productos de tabaco? SI NO
 12. ¿Ha tenido problemas serios relacionados con tratamiento dental? SI NO
 13. ¿Que le gusto más de su oficina dental pasada?

 - a. ¿Que le gusto menos? _____
 14. ¿Tiene cualquier enfermedad, condición ó problema que no ha sido mencionada? SI NO
 15. ¿Tiene alergias al metal ó a la joyería? SI NO
 - a. Alergia al Látex? SI NO
- MUJERES**
16. ¿Estas embarazada? SI NO
- HISTORIA DENTAL & TMJ**
1. ¿Tiene dolor con lo frío, caliente ó dulce? SI NO
 2. ¿Ha perdido cualquiera de sus dientes? SI NO
 - a. ¿Hace cuanto tiempo los perdio? _____
 3. ¿Sangran sus encias cuando se cepilla ó usa el hilo dental? SI NO
 4. ¿Tiene dolor cuando muerde ó mastica? SI NO
 5. ¿Escucha un zumbido en sus oidos? SI NO
 6. ¿Aprieta los dientes cuando se estresa? SI NO
 7. ¿Tiene dificultad abriendo y cerrando su boca? SI NO
 8. ¿Tiene dolores de cabeza? SI NO
 9. ¿Escucha un sonido o tronido cuando abre y cierra su boca? SI NO
 10. ¿Tiene inflamación del ojo ó de la cara? SI NO
 11. ¿Tiene problemas del cuello? SI NO
 12. ¿Tiene problemas de la espalda? SI NO
 13. ¿Esta satisfecho con la apariencia de sus dientes? SI NO

SU QUEJA DENTAL: _____

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Doctor

Fecha