

HISTORIA MÉDICA Y DENTAL DEL PACIENTE

Favor de contestar todas las preguntas y marcar (Si ó No) en las cajas correspondientes.

<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna cirugía o enfermedad?</p> <p>Razón: _____</p> <p>¿Está usted bajo tratamiento médico?</p> <p>Razón: _____</p> <hr/> <p>NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO DE SU MÉDICO:</p> <p>_____</p> <hr/> <p>¿Está usted tomando algún medicamento recetado o sin receta en la actualidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Requiere de antibióticos antes del tratamiento dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha tomado alguna vez "Fosamax, Boniva, Actonel" u otra medicina que contenga "bisfosfonates"?</p> <p>¿Ha tomado alguna vez medicamentos de dieta (Fen-Phen)?</p> <p>¿Está usando o ha usado drogas recreacionales como (marihuana, cocaína, etc.)</p> <hr/> <p>MUJERES: ¿Está o piensa usted que está embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Está tomando pastillas anticonceptivas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Ha tenido alguna vez problemas con tratamientos dentales anteriormente? (desmayos, mareos, otros)</p> <p>¿Ha tenido sangrado abundante después de una extracción dental?</p> <p>¿Ha recibido tratamiento de sus encías?</p> <p>¿Le sangran sus encías al cepillarse o usar hilo dental?</p> <p>¿Presiona o rechina sus dientes? (Despierto o dormido)</p> <hr/> <p>¿Razón de su visita? _____</p> <p>Fecha de su última visita al dentista: _____</p> <p>Fecha en que se tomó sus últimas radiografías: _____</p> <hr/> <p>Marque si ha tenido o tiene:</p> <p><input type="checkbox"/> Ardor en lengua o labios. <input type="checkbox"/> Inflamación en boca ó cuello.</p> <p><input type="checkbox"/> Fuegos ó ampollas en la boca.</p> <p>Marque si sus dientes son sensibles al:</p> <p><input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Presión <input type="checkbox"/> Al masticar</p> <p>Marque si siente en su articulación algo de lo siguiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Malestar <input type="checkbox"/> Truena o desencaja su mandíbula <input type="checkbox"/> Dolor</p> <p><input type="checkbox"/> Dificultad al masticar <input type="checkbox"/> Dificultad en abrir o cerrar</p>
--	---

¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes?:

Favor marcar la caja correspondiente de Si o No

	Si	No		Si	No		Si	No
Penicilinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caucho (Látex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sedativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acrílicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Iodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Joyas/Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Otras Alergias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

Favor marcar la caja correspondiente de Si o No

	Si	No		Si	No		Si	No
SIDA *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión congénita de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C (marque)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis o Reumatismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula artificial del corazón *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hueso o articulación artificial *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad o nerviosismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer / Quimioterapia *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapaso *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alguna vez ha tenido alguna enfermedad o problema que no esté en esta lista anteriormente? **SI** **NO**

Cual?: _____

He revisado la información de ésta historia médica / dental y he tenido la oportunidad de hacer las preguntas necesarias.

Nombre del paciente, padre o tutor

Firma

Fecha

Doctor

MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO

Medicamento:

Dosis:
