

## HISTORIA MEDICA

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Género \_\_ M \_\_ F \_\_ Prefiere no contestar Raza: \_\_\_\_\_  
 Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Glucosa: \_\_\_\_\_ A1c (si es diabético): \_\_\_\_\_

¿Está actualmente bajo atención médica? \_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: \_\_\_\_\_ Médico de cabecera: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios en su salud general en los últimos 5 años?  
 \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna enfermedad, operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Es alérgico a alguno de los siguientes: anestésicos locales, penicilina / antibióticos, barbitúricos, sulfonamidas, látex, codeína u otros narcóticos, níquel? \_\_\_\_\_ Tipo de reacción \_\_\_\_\_  
 Otras alergias: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si No No se

Si	No	No se	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Su médico le ha recomendado que tome antibióticos antes del tratamiento dental?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido un reemplazo total de articulación ortopédico? ¿Cuándo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene un soplo cardíaco o antecedentes de enfermedad cardíaca reumática?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tomado bifosfonatos? ¿Cuánto tiempo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tomado cortisona (esteroides) en los últimos 30 días?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa o ha usado drogas recreativas (callejeras)? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido tratamiento por dependencia de sustancias químicas o alcohol? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha consumido tabaco? Cantidad: _____ # años _____ ¿Paro de fumar? _____

Medicamentos: complete el cuadro de la última página con todos los medicamentos que toma, la dosis y la razón por la que los toma.

Cirugías: enumere cualquier Cirugía anterior con su fecha y tratamiento adicional si corresponde, en la tabla en la última página

REVISIÓN DE SISTEMAS: marque todo lo que corresponda

Condiciones cardiovasculares

- Angina
- Aterosclerosis
- Válvula cardíaca artificial
- Desfibrilador interno
- Ataque al corazón
- Soplo cardíaco
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Cardiopatías congénitas
- Prolapso de la válvula mitral
- Cirugía de bypass
- Marcapasos

Condiciones respiratorias

- Tuberculosis
- Enfisema
- Bronquitis crónica
- Asma
- Alergias estacionales
- Sinusitis
- EPOC

Condiciones gastrointestinales

- Trastornos del colon
- Diarrea persistente
- Dificultad para tragar
- Reflujo gastroesofágico
- Úlceras
- Desnutrición
- ictericia
- Problemas de vesícula biliar / cálculos
- Enfermedad hepática
- Hepatitis A B C
- Cirrosis
- Otro \_\_\_\_\_

Condiciones endocrinas

- Problemas de tiroides \_\_\_\_\_
- Condiciones paratiroides
- Tipo de diabetes \_\_\_\_\_
- Hipoglucemia

Condiciones genitourinarias

- Problemas renales
- Infección urinaria frecuente
- Infección de la vejiga
- Diálisis
- Enfermedad infecciosa  
Cual? \_\_\_\_\_
- Cáncer  
Sitio: \_\_\_\_\_  
Fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_  
Quimio \_\_\_\_\_  
Radio \_\_\_\_\_

Condiciones de los huesos y las articulaciones

- Artritis
- Osteoporosis
- Traumatismos / fracturas frecuentes
- Problemas de Articulacion
- Cirugía de mandíbula

Anomalías hemorrágicas

- Sangrado prolongado
- Anemia
- Enfermedad de células falciformes\_rasgo\_\_\_\_\_
- Hemofilia \_\_\_\_\_
- Año de transfusión de sangre \_\_\_\_\_

Condiciones neurológicas

- Epilepsia
- Convulsiones / convulsiones
- Carrera
- Neuritis
- Neuralgia / tics
- Entumecimiento / parálisis
- Dolores de cabeza intensos y frecuentes
- Migrañas
- Desmayos / desmayos repetidos
- Dolor facial crónico

Tratamiento psicológico

- Depresión
- Trastornos de ansiedad o pánico
- Trastornos de la alimentación
- Otro \_\_\_\_\_

Condiciones dermatológicas

- Erupción cutánea crónica / recurrente
- Urticaria
- Psoriasis
- Eczema
- Otro \_\_\_\_\_

Condiciones inmunológicas

- SIDA o infección por VIH
- Artritis reumatoide
- Inmunosupresión
  - Inducida por enfermedad
  - Inducido por drogas
  - Radiación inducida
- Otro \_\_\_\_\_

Otros

- Víctima de violencia doméstica
- Glaucoma
- Trasplante de órganos / tejidos
- Sudores nocturnos
- Pérdida de peso involuntaria
- Sitio de dolor crónico
- Otro que no se ha comentado: \_\_\_\_\_

Información adicional sobre condiciones médicas \_\_\_\_\_

MEDICACIONES (Incluye prescripciones, sin recipe y Herbal o Natural)			
Medication	Dosis / Dia	Primer uso	Razon

CIRUGIA (Incluye todas la cirugia a lo largo de la vida)		
Cirugia	Fecha	Comentarios

FIRMA DEL PACIENTE: Entiendo la necesidad de que estas preguntas sean respondidas con sinceridad. Hasta donde yo sé, las respuestas que he dado son precisas. También entiendo que es muy importante informar cualquier cambio o estado dental al dentista lo antes posible, y acepto hacerlo. Doy permiso al dentista para que obtenga de mi médico cualquier información adicional sobre mi historial médico necesaria para brindarme el mejor tratamiento dental posible.

Nombre y firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de firma: \_\_\_\_\_

Si no es el paciente, indique el parentesco: padre o tutor legal \_\_\_\_\_