

HISTORIA MÉDICA Y DENTAL

 Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
 Apellido Nombre Medio Mes/ Día/ Año

Genero _____ Altura: _____ Peso: _____ Glucosa: _____ A1c (si diabetes): _____

Historia Medica			
Condiciones Cardiovasculares <input type="checkbox"/> Angina <input type="checkbox"/> Aterosclerosis <input type="checkbox"/> Valvula cardiac artificial <input type="checkbox"/> Desfibrilador interno <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Presion arterial alta <input type="checkbox"/> Presion arterial baja <input type="checkbox"/> Cardiopatias congenitas <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitral <input type="checkbox"/> Cirugia de bypass <input type="checkbox"/> Marcapasos Condiciones respiratorias <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis cronicas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias estacionales <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> EPOC Condiciones gastrointestinales <input type="checkbox"/> Transtornos del colon <input type="checkbox"/> Diarrea persistente <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofagico <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Desnutricion <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Calculo o problemas de vesicular biliar <input type="checkbox"/> Enfermedad del higado <input type="checkbox"/> Hepatitis A B C <input type="checkbox"/> Cirrosis	Condiciones endocrinas <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Condicion Paratiroideas <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo _____ <input type="checkbox"/> Hipoglicemia Condiciones genitourinarias <input type="checkbox"/> Problemas renales <input type="checkbox"/> Infeccion urinarias <input type="checkbox"/> Infeccion de la vejiga <input type="checkbox"/> Dialisis Enfermedad infecciosa <input type="checkbox"/> Tipo _____ Cancer <input type="checkbox"/> Sitio: _____ <input type="checkbox"/> Fecha de la cirugia: ____ <input type="checkbox"/> Quimio _____ <input type="checkbox"/> Radio _____ Condiciones de los huesos y las articulaciones <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Traumatismos/fracturas frecuentes <input type="checkbox"/> Problemas de ATM <input type="checkbox"/> Cirugia de la mandibula	Anomalias hemorragicas <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Enfermedad de celulas falciformes rasgo _____ <input type="checkbox"/> Hemofilia _____ <input type="checkbox"/> Transfusion de Sangre Condiciones Neurologicas <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> ACV <input type="checkbox"/> Neuritis <input type="checkbox"/> Neuralgia/tics <input type="checkbox"/> Entumecimiento / Paralisis <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza Frecuencia _____ <input type="checkbox"/> Migranas <input type="checkbox"/> Desmayos repetidos <input type="checkbox"/> Dolor facial cronico Tratamiento psicologico <input type="checkbox"/> Depresion <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Transtorno de alimentacion <input type="checkbox"/> Otro _____	Condiciones dermatologicas <input type="checkbox"/> Erupcion cutanea cronica/recurrente <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Psoriasis <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Otro _____ Condiciones Immunologicas <input type="checkbox"/> SIDA o infeccion por HIV <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoide <input type="checkbox"/> Inmunosupresion <input type="checkbox"/> Por enfermedad _____ <input type="checkbox"/> Por drogas <input type="checkbox"/> Por radiacion <input type="checkbox"/> Otro _____ Otro <input type="checkbox"/> Victima de violencia domestica <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Trasplante de Organos/ tejidos <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Perdido de peso involuntaria <input type="checkbox"/> Sitio de dolor cronico
Informacion Adicional de condiciones medicas 			
Medicos Tiene Medico Principal? __ Si ___ No Nombre de su medico: _____ Telefono: _____ Ha habido algun cambio en su salud en los ultimos 5 anos? <input type="checkbox"/> Enfermedad _____ <input type="checkbox"/> Hospitalizacion _____		Alergias Es alérgico a alguno de los siguientes: anestésicos locales, penicilina / antibióticos, barbitúricos, sulfonamidas, látex, codeína u otros narcóticos, níquel? _____ Tipo of reacion _____ Otras Alergias: _____	
Si	No	No se	<input type="checkbox"/> ¿Su médico le ha recomendado que tome antibióticos antes del tratamiento dental? <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido un reemplazo total de articulación ortopédico? ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> ¿Tiene un soplo cardíaco o antecedente de enfermedad cardíaca reumática? <input type="checkbox"/> ¿Ha tomado bifosfonatos? ¿Cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> ¿Ha tomado cortisona (esteroides) en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> ¿Usa o ha usado drogas recreativas (callejeras)? _____ <input type="checkbox"/> ¿Ha recibido tratamiento por dependencia de sustancias químicas o alcohol? _____ <input type="checkbox"/> ¿Ha consumido tabaco? Cantidad: _____ # años _____ ¿Paro de fumar? _____

CUESTIONARIO DEL SUEÑO Y RESPIRACIÓN PARAR NIÑOS Y ADULTOS

Por favor indique si el paciente ha experimentado o está experimentando actualmente alguno de los síntomas que se mencionan a continuación. Use la escala para indicar la frecuencia.

0 – No ocurre 1- Esporádicamente 2- De 2 a 4 veces por semana 3- De 5 a 7 veces por semana

<input type="checkbox"/> Roncar <input type="checkbox"/> Ronquidos interrumpidos donde para de respirar <input type="checkbox"/> Respiración laboriosa, difícil o ruidosa por la noche <input type="checkbox"/> Falta de aire mientras duerme <input type="checkbox"/> Respira por la boca mientras duerme <input type="checkbox"/> Respira por la boca durante el día <input type="checkbox"/> Sueño inquieto <input type="checkbox"/> Rechina los dientes cuando duerme <input type="checkbox"/> Habla cuando está dormido <input type="checkbox"/> Sueño excesivo al dormir <input type="checkbox"/> Se despierta por la noche <input type="checkbox"/> Se despierta para ir al baño (____ veces) <input type="checkbox"/> Moja la cama (actualmente) <input type="checkbox"/> Historia de mojar la cama <input type="checkbox"/> Se siente cansado, con sueño e irritable durante el día <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Infecciones de la garganta frecuentes <input type="checkbox"/> Respira por la boca mientras duerme <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales <input type="checkbox"/> Infecciones de Oído o historia de infecciones del oído <input type="checkbox"/> Corto lapso de atención <input type="checkbox"/> Problemas para concentrarse <input type="checkbox"/> Dificultad para escuchar / A menudo interrumpe <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Problemas sensoriales <input type="checkbox"/> Dificultades con matemáticas en la escuela <input type="checkbox"/> Dificultad para leer en la escuela <input type="checkbox"/> Rechazo a ciertas comidas o ciertos tipos de alimentos	<input type="checkbox"/> Problemas del Habla (Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> ¿Es difícil entender cuando habla? <input type="checkbox"/> ¿Es difícil entenderle por el teléfono? <input type="checkbox"/> ¿Habla nasal? <input type="checkbox"/> ¿Otros tienen dificultad para entenderlo? <input type="checkbox"/> ¿Se frustra cuando otros no le pueden entender? <input type="checkbox"/> ¿El sonido del habla suena diferente? <input type="checkbox"/> ¿Algunas veces omite consonantes? <input type="checkbox"/> ¿Usa los sonidos M,N,NG en vez de P,V,S,Z? <input type="checkbox"/> ¿Líquidos o sólidos pasan a la nariz cuando come o toma?
--	---	--

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.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____