



HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?
¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?
Esta usted en una dieta especial?
¿Usa tabaco?
¿Usted usa sustancias controladas?

Mujeres: ¿Está usted Embarazada o tratando de quedar embarazada? Toma anticonceptivos orales? Esta amamantando?

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metálico Látex Anestésicos locales Sulfamida
Otros En caso afirmativo, sírvase explicar:

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- SIDA / HIV Positivo
Enfermedad de Alzheimer's
Anafilaxia
Anemia
Angina
Artritis/Gota
Válvula del corazón artificial
Articulación artificial
Asma
Enfermedad arterial
Transfusión de sangre
Problemas respiratorio
Cáncer
Moretonescon facilidad
Quimioterapia
Dolores en el pecho
Herpes labial/Fiebre Ampollas
Cardiopatía congénita
Convulsiones
Cortisona
Diabetes
Drogadicción
Fácilmente pierde el aliento
Enfisema
Epilepsia o convulsiones
Sangrado excesivo
Sed excesiva
Desmayos / vértigo
Tos frecuente
Diarrea frecuente
Dolores de cabeza frecuente
Glaucomas
Herpes Genital
Fiebre del heno
Ataque/Falla del corazón
Soplo cardíaco
Marcapasos en el Corazón
Problemas/Enfermedad del corazón
Hemofilia
Hepatitis A
Hepatitis B o C
Herpes
Presión arterial alta
Colesterol Alto
Ronchas o erupción cutánea
Hipoglucemia
Latido irregular del corazón
Problemas de los riñones
Leucemia
Enfermedades del Hígado
Presión arterial baja
Enfermedad pulmonar
Prolapso de la válvula mitral
Osteoporosis
Dolor en la articulación de la quijada
Enfermedad paratiroidea
Atención Psiquiátrica
Tratamiento con radiación
Pérdida de peso reciente
Diálisis renal
Fiebre reumática
Reumatismo
Escarlatina
Herpes
Enfermedad de células falciformes
Problemas del seno nasal
Espina Bífida
Enfermedad estomacal/intestinal
Ataque fulminante
Hinchazón de las extremidades
Enfermedad de la Tiroides
Amigdalitis
Tuberculosis
Tumores o crecimientos
Úlceras
Enfermedad venérea
La ictericia amarilla

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? En caso afirmativo, sírvase explicar:

Comentarios:

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor _____ Fecha _____