

HISTORIA CLINICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Aunque el personal odontológico trata principalmente el área en y alrededor de la boca, la boca es una parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que usted esté tomando podrían tener un importante interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

Está usted recibiendo tratamiento para alguna condición médica:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Ha sido hospitalizado o a tenido alguna operación seria:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Ha tenido una grave lesión de la cabeza o el cuello:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Está tomando medicamentos, pastillas o drogas:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Esta tomando o ha tomado alguna vez, Phen-fen o Redux	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Ha tomado alguna vez, Fosamax, Boniva, Actenol oa otros medicamentos que contienen bifosfonatos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Está usted en una dieta especial:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Esta usted usando tabaco:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____
Utiliza sustancias controladas:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso que si favor de explicar: _____

Esta usted:

Embarazada/Intentando quedar embarazada Si No Tomando anticonceptivos orales Si No Amamantando Si No

Tiene usted alérgia a cualquiera de los siguientes:

 Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos locales
 Algun otro elemento En caso que si favor de explicar: _____

Usted tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes:

SIDA/VIH positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta presión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o incauciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ronchas o erupción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes zoster	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Latido irregular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos de mareo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Espina bífida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Joint artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del estómago	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuente dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Baja presión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sincope	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes genital	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema de respiración	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tonsilitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Moretón fácilmente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de paratiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumor o crecimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Corazón ritmo fabricante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/ampollas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad congénita del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Malestar bilioso	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Medicina de cortisona	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Se encuentra con frecuencia sin aliento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionado anteriormente Si No En caso que si favor de explicar: _____

Comentario: _____

A lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi condición médica.

Firma del paciente, o persona responsable _____ Fecha: _____