

**HISTORIAL MEDICO**

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

*Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que usted puede tener o medicamentos que usted puede estar tomando, podrían tener una relación importante con el tratamiento dental que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.*

**1. POR FAVOR MARQUE SI O NO:**

- ¿Está bajo atención médica ahora?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía importante?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión seria en la cabeza o el cuello?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando medicamentos o píldoras?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen o Redux?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos?  
 SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Está usted en una dieta especial?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Usa tabaco?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_ (CUANTOS POR DIA) \_\_\_\_\_
- ¿Utiliza sustancias controladas?  SI o  NO Si responde si, por favor explique \_\_\_\_\_

**2. MUJERES:**

¿Está embarazada o está tratando de quedar embarazada?  SI o  NO ¿Está tomando anticonceptivos orales?  SI o  NO ¿Amamantado?  SI o  NO

**3. ¿ES USTED ALÉRGICO A ALGUNO DE LAS SIGUIENTES SUBSTANCIAS?**

Aspirina  Penicilina  Codeína  Anestésicos locales  Acrílico  Metal  Látex  Sulfatos

¿OTROS? Por favor, explique \_\_\_\_\_

**4. ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?**

SIDA / VIH positive	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Medicina de la cortisona	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hemofilia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tratamientos de Radiación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Drogadicción	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fácilmente sinuoso	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herpes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reumatismo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Angina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfisema	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipertensión	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Artritis / Gota	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herpes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Válvula Cardíaca Artificial	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Urticaria/erupción cutánea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enferm. célula falciforme	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Desmayos / Mareos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Latido corazón irregular	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Espina bífida	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enferm. Estómago/Intestino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Leucemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Infarto cerebral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dolor de cabeza frec.	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hinchazón de miembros	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Moretones Fácilmente	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Herpes genital	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cáncer	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Glaucoma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ataque al corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tumores	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Llagas/ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Murmullo del corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dolor articul. mandíbula	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Úlceras	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Trastorno congénito del corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Ictericia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**5. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE NO MENCIONADA EN CUADRO ANTERIOR?  SI o  NO**

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

*Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido contestadas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es responsabilidad de informar al consultorio dental de cualquier cambio en mi estado médico (o del paciente).*

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_