

Historia Médica

Nombre del paciente: _____	Fecha: _____
Fecha de nacimiento: _____	Número de seguro social: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____
Estado: _____ Código Postal: _____	
Número de celular: _____	Otro número de teléfono _____
Correo electrónico: _____	
En caso de emergencia contactar a: _____	Parentesco: _____
Número de Teléfono: _____	
Razón de su visita: _____	

¿Cuándo fue su último examen dental? _____

¿Qué procedimiento se le hizo en esa visita? _____

Fecha de sus últimos rayos X: _____

Información Dental Conteste Si o No a las siguientes preguntas:

- | | |
|---|---|
| 1. ¿Alguna vez ha tenido una lesión seria en la cabeza o la boca? _____ | 6. ¿Ha tenido problemas asociados con tratamientos dentales? _____ |
| 2. ¿Le sangran las encías al cepillarse o al usar la seda dental? _____ | 7. ¿Tiene dolores de oído o cuello? _____ |
| 3. ¿El frío, el calor o el dulce le causan sensibilidad en los dientes? _____ | 8. ¿Tiene llagas o úlceras en la boca? _____ |
| 4. ¿Le quedan residuos de comida o la seda dental atrapada entre los dientes? _____ | 9. ¿Siente molestia en la mandíbula o hace sonidos al abrir y cerrar la boca? _____ |
| 5. ¿Tiene resequedad en la boca? _____ | 10. ¿Tiene bruxismo (apreta los dientes o los rechina)? _____ |
| | 11. ¿Participa activamente de actividades deportivas? _____ |

Instrucciones para el paciente: Responda las siguientes preguntas. Toda la información es confidencial.

- Nombre y dirección de su médico general: _____
- ¿Ha estado bajo tratamiento con su médico general en los últimos 6 meses? _____
¿Por qué razón? _____
- ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido alguna enfermedad grave (incluyendo Estafilococo Dorado resistente a la Meticilina) en los últimos 5 años? _____
Por favor especifique: _____
- ¿Tiene alergia o reacciones adversas a algún medicamento, droga, anestesia local, látex, u otras sustancias? _____
Por favor especifique: _____
- ¿Ha fumado o fuma cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? _____
- ¿Ha tenido cirugías o tratamientos con rayos X para el tratamiento de tumores u otras condiciones en la cabeza o el cuello? _____
Por favor especifique: _____
- ¿Le ha dicho su médico que debe tener que tomar antibióticos antes de un tratamiento odontológico? _____

8. ¿Usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/problemas?

A. Sangrado Anormal, moretón o transfusión de sangre. ¿Toma aspirina o anticoagulantes?
B. ¿Tiene problemas respiratorios o en los pulmones?
C. ¿Tiene Diabetes?
D. ¿Tiene desordenes emocionales o mentales? Por ejemplo ansiedad, depresión, bipolaridad.
E. Epilepsia, convulsiones.
F. Enfermedades del hígado.
G. Presión Arterial Alta.
H. VIH o SIDA
I. Ronchas, comezón o sarpullido en la piel.
J. Enfermedades renales o del riñón.
K. Enfermedades de transmisión sexual.
L. Úlceras estomacales.
M. Enfermedades de la tiroides.
N. Tuberculosis.
O. Reemplazo artificial o prótesis en articulaciones. Por ejemplo rodilla o cadera
P. Angina, dolores de pecho o problemas respiratorios Fecha:
Q. Válvulas artificiales en el corazón.
R. Daño en las válvulas posterior a un trasplante de corazón.
S. Enfermedades del corazón congénitas.
T. Endocarditis infecciosa.
U. Ataques cardíacos. Fecha:
V. Cirugía de corazón. Fecha:
W. Derrames. Fecha:
X. Descompensación cardíaca.
Y. Problemas con la arteria coronaria u otros problemas cardiacos.
AA. Marca pasos.
DB. Implante de desfibrilador Cardíaco
Cc. Deficiencia inmunológica.
DD. Cáncer o tratamiento con radiación.
EE. Abuso de drogas o rehabilitación de drogas. Ejemplo: cocaína, metanfetaminas, heroína, crack
FF. Abuso de alcohol.

9. Si contesto SI a alguna de las enfermedades anteriores, por favor explique en el siguiente espacio:

10. ¿Está tomando o ha tomado alguno medicamentos (por vía oral o inyección) para osteoporosis, osteopenia o pérdida de hueso debido al envejecimiento o algún tipo de cáncer o mieloma múltiple? _____

11. Escriba los medicamentos que toma, con o sin prescripción.

Medicamento	Dosis	¿Por qué lo toma?

Sólo para mujeres:

¿Está embarazada? _____ ¿Cuántas semanas tiene? _____ ¿Está lactando? _____

¿Toma pastillas anticonceptivas o está bajo tratamiento con hormonas? _____

Yo garantizo que leí y entendí lo anterior. Yo reconozco que he contestado las preguntas de manera correcta y completa. No voy a responsabilizar al doctor por acciones causadas por errores u omisiones que yo haya cometido cuando completé este formulario.

_____ Fecha: _____

Firma del paciente/ Guardián