



American Dental Association
www.ada.org

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Altera Médica:	Condición:	Premedicación:	Alergias:	Anestesia:	Fecha:
----------------	------------	----------------	-----------	------------	--------

Nombre: _____ APELLIDO _____ 1ER NOMBRE _____ 2DO NOMBRE _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Ocupación: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

SS#: _____ Contacto en Emergencias: _____ Relación: _____ Tel.: () _____

Si está llenando este formulario por otra persona, ¿cuál es su relación con ésta? _____

NOMBRE RELACION

En las preguntas siguientes marque con (X) lo que se aplique. Sus respuestas son sólo para nuestros expedientes y se mantendrán en confidencia de acuerdo con las leyes pertinentes. Favor de tener en cuenta que durante su primera visita se le harán más preguntas acerca de sus respuestas en este cuestionario y podrán hacerse preguntas adicionales acerca de su salud. Esta información es vital para poder proveerle el cuidado apropiado. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

INFORMACIÓN DENTAL

SI No sé

¿Le sangran las encías al cepillarse?

¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia (frenos en los dientes)?

¿Tiene los dientes sensitivos al frío, calor, dulce o presión?

¿Tiene dolores de oído o de cuello?

¿Ha recibido tratamiento periodontal (de las encías)?

¿Usa aparatos (prótesis)dentales removibles?

¿Ha tenido alguna dificultad seria asociada con cualquier tratamiento dental anteriormente?

Si es así, explique: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

SI No sé

Si contesta que sí a cualquiera de las 3 siguientes, deténgase y lleve este formulario a la recepcionista.

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

Tuberculosis activa

Tos persistente por más de tres semanas.

Tos que produce sangre

¿Se encuentra en buena salud?

¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el pasado año?

¿Está al presente bajo el cuidado de un médico?

Si es así, ¿qué condición(es) se está tratando?

Fecha del último examen médico: _____

Médico(s): _____

NOMBRE TELEFONO

DIRECCIÓN CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL

NOMBRE TELEFONO

DIRECCIÓN CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL

¿Ha sufrido una enfermedad seria, una operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?

Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?

SI No sé

¿Esta tomando o ha tomado recientemente alguna medicina incluyendo medicinas sin receta?

Si es así, ¿qué medicinas está tomando?

De receta: _____

Sin receta: _____

Vitaminas, preparaciones naturales o hierbas medicinales, suplementos dietéticos:

¿Está tomando o ha tomado alguna medicina para rebajar de peso como Pondimin (fenfluramina), Redux (dexfenfluramina) o fen-fen (fenfluramina-fentermina)?

¿Toma bebidas alcohólicas?

Si es así, ¿cuánto alcohol tomó en la últimas 24 horas?

¿En la última semana?

¿Tiene dependencia del alcohol o de las drogas?

Si es así, ¿ha recibido tratamiento? (Marque una.) Sí / No

¿Usa drogas u otra sustancia con fines recreativos?

Si es así, enumere: _____

Frecuencia de uso (diario, semanal, etc.): _____

de años de uso recreativo de drogas: _____

¿Usa tabaco (fuma, rape, masca)?

Si es así, ¿cuán interesado está en cesar?

(marque uno) Muy interesado / Algo / No tengo interés

¿Usa lentes de contacto?

FAVOR DE CONTESTAR AMBOS LADOS

Fecha _____ **Comentarios** _____ **Firma del Paciente y del Dentista** _____

Actualización del Historial Médico: De manera regular se le debe preguntar al paciente si hay cambios en su historial médico, y anotar la fecha y los comentarios y firmas.

Consideraciones para el manejo dental: _____

Descubrimientos significativos en el cuestionario o la entrevista oral: _____

Comentarios sobre de la entrevista con el paciente acerca del historial médico: _____

PARA USO DEL DENTISTA

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

NOTA: Se aconseja tanto al doctor como al paciente a hablar antes del tratamiento de todos los asuntos relacionados con la salud del paciente. Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis dudas, si alguna, acerca de las preguntas enunciadas anteriormente han sido aclaradas a mi satisfacción. No consideraré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por cualquier acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que pueda yo haber cometido al llenar este formulario.

<p>Sí No No sé</p> <p>Hepatitis, ictericia, o enfermedad del hígado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Indique el tipo de infección: _____</p> <p>Problemas del riñón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de la salud mental <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si marca sí, especifique: _____</p> <p>Desnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos neurológicos. Si marca sí, especifique: _____</p> <p>Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Glandulas del cuello hinchadas persistentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Problemas respiratorios. Si marca sí, especifique abajo: _____</p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis, etc. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores de cabeza severos/migrañas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fértil de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad sexualmente transmitida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sinusitis u otros problemas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor en el pecho al esforzarse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Immunosupresión inducida por enfermedad, drogas o radiación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes. Si marca sí, especifique abajo: _____</p> <p>Diabetes. Si marca sí, especifique el tipo de insulina _____</p> <p>Boca seca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos alimenticios. Si marca sí, especifique: _____</p> <p>Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desmayos o ataques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reflujo gastrointestinal/acidez persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Sí No No sé</p> <p>Sangría anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión de sangre. Si marca sí, fecha: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cáncer/quimioterapia/tratamiento de radiación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardiovascular. Si marca sí, especifique abajo: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arteriosclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Válvulas artificiales en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad de las arterias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>coronarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Válvulas del corazón dañadas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ataque del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor en el pecho al esforzarse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión sanguínea alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión sanguínea baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad reumática del corazón/febres reumáticas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	--

Favor de marcar con (X) si ha tenido o no cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas.

¿Esta o puede estar embarazada?

¿Esta lactando?

¿Esta tomando píldoras anticonceptivas o de reemplazo hormonal?

PARA LAS MUJERES SOLAMENTE

¿Le han reemplazado completamente una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?

Si es así, ¿cuándo le hicieron esta operación? _____

Si contestó que sí, ¿ha tenido alguna complicación o dificultad con la articulación protésica? _____

¿Le ha recomendado un médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de recibir tratamiento dental?

Si es así, ¿qué antibiótico, y qué dosis? _____

Nombre del médico o dentista: _____

Tel.: _____

¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:

Aspirina

Anestésicos locales

Penicilina u otros antibióticos

Barbitúricos, sedantes, o píldoras para dormir

Medicinas de sulfita

Codena u otros narcóticos

Látex

Yodo

Febre del heno/en temporada

Animales

Alimentos (especifique)

Otros (especifique)

Metales (especifique)

Donde conteste que sí, especifique el tipo de reacción. _____