

# HISTORIAL MÉDICO

Información del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_ Sexo: M F

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Si el paciente es menor, use el nombre del padre o guardián \_\_\_\_\_

Información de la persona responsable

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_ Estado Marital \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Relación al paciente \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Número de años empleado \_\_\_\_\_

Nombre/dirección/teléfono del paciente más cercano que no viva con Usted. \_\_\_\_\_

## Información del Historial de Salud

Favor de responder a las siguientes preguntas más detalle posible, comprenda que respuestas correctas y acertadas son importante para recibir un cuidado de calidad.

Toda la información será confidencial.

Razón por la cual nos visita hoy \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_

Está Usted aprensivo al tratamiento dental? SÍ NO Si lo está, explique \_\_\_\_\_

Son sus dientes sensibles al calor, frío, dulces o presión? SÍ NO Le sangran las encías, o las siente irritadas o sensibles? SÍ NO

Está contento a la apariencia de sus dientes? SÍ NO Generalmente tolera el tratamiento dental? SÍ NO

Fecha de su último chequeo médico: \_\_\_\_\_ Ha habido algún cambio en su salud en el último año SÍ NO

Está siendo tratado por algún médico? SÍ NO Si lo está, explique \_\_\_\_\_

El nombre y dirección de su médico(s) es \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna enfermedad de gravedad, cirugías u hospitalizaciones? SÍ NO

Si la ha tenido, describa \_\_\_\_\_

Si es Mujer, está embarazada o tratando de quedar o alguna sospecha de estarlo? SÍ NO

Esta amamantando? SÍ NO Está tomando anticonceptivos? SÍ NO Está tomando reemplazo hormonal SÍ NO

Tiene fiebre del heno, sufre de rozaduras en la piel, etc.? SÍ NO

## Esta Tomando o Usando Cualquiera de lo Siguiete:

Antibióticos SÍ NO Anticoagulantes adelgazan le sangre SÍ NO

Medicamentos para la Tiroides SÍ NO Descongestionantes, antihistamina SÍ NO

Medicamentos para el corazón o alta presión SÍ NO Esteroides SÍ NO

Tanquilizantes, Antidepresivos SÍ NO Medicamentos estomacales antiácidos, etc. SÍ NO

Medicamento para el control de colesterol SÍ NO Aspirina, narcóticos a algún otro para el dolor SÍ NO

Pildoras de dieta o reductoras de peso SÍ NO Vitaminas, Remedios naturales ginseng SÍ NO

Drogas recreativas marihuana, cocaína SÍ NO Algún otro medicamento, pastillas o suplementos SÍ NO

Toma alcohol SÍ NO Que tanto por día

Fuma SÍ NO Cuando por día

Mastica Tabaco SÍ NO Cuanto tiempo

Esta usted o ha estado en algún programa de rehabilitación por droga o alcohol? SÍ NO

Le gustaría platicar con el doctor privadamente sobre algo en particular? SÍ NO

Algún comentario adicional \_\_\_\_\_

Favor de anotar los medicamentos que está usando actualmente \_\_\_\_\_

Es usted alérgica o ha tenido una mala reacción de:

Anestesia local (Medicamentos como la Novocaína).....	SÍ	NO
Penicilina, Amoxicilina.....	SÍ	NO
Otros Antibióticos.....	SÍ	NO
Barbitúrico, Calmantes.....	SÍ	NO
Codeína u otros narcóticos.....	SÍ	NO
Látex.....	SÍ	NO
Otras alegrías o reacciones.....	SÍ	NO

Por favor indique: \_\_\_\_\_

**Ha Tenido o Tiene:**

Soplos de corazón.....	SÍ	NO
Enfermedad del corazón que fue detectada al nacer.....	SÍ	NO
Fiebre Reumática o enfermedad reumática del corazón.....	SÍ	NO
Enfermedad Cardiovascular.....	SÍ	NO
Palpitaciones, cirugía del corazón, marcapasos.....	SÍ	NO
Enfermedad de hígado, hepatitis, cirrosis.....	SÍ	NO
Trastornos neurológicos, epilepsia, desmayos, mareos, ataques, trastornos nerviosos.....	SÍ	NO
Enfermedad de la sangre, trastornos sanguíneos, anemia, transfusiones.....	SÍ	NO
Enfermedad pulmonar asma, enfisema, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, tos severa.....	SÍ	NO
Enfermedad del riñón.....	SÍ	NO
Diabetes.....	SÍ	NO
Enfermedad de la tiroides hipertiroidismo, tumor.....	SÍ	NO
Artritis en que articulación.....	SÍ	NO
Úlceras estomacales o problemas intestinales.....	SÍ	NO
Glaucoma.....	SÍ	NO
Dolores bucales frecuentes.....	SÍ	NO
Implantes articulaciones artificiales en cualquier parte de su cuerpo válvula del corazón, cadera, rodilla..	SÍ	NO
Radiación tratamiento de rayos X para el cáncer en cabeza o región del cuello.....	SÍ	NO
Ruidos en la articulación de la quijada, dolor cerca del oído al masticar, rechina o aprieta los dientes.....	SÍ	NO
Sinusitis o problemas nasales.....	SÍ	NO
Cualquier enfermedad, medicamento o trasplante que haya comprometido su sistema inmunológico.....	SÍ	NO
Infecciones recurrentes de cualquier tipo.....	SÍ	NO

Comprendo la importancia de una descripción correcta de mi salud y entiendo que una información incompleta puede tener efectos secundarios en mi salud. Según mi conocimiento la información proporcionada es completa y exacta.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de quien proporciona la información

\_\_\_\_\_  
Iniciales del doctor

FAVOR DE NO ESCRIBIR DEBAJO DE LA LÍNEA. Gracias.

Actualización de historia médica He analizado mi historial de salud del día \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ y confirmado que expone exactamente mis condiciones pasadas y presentes, Excepciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de quien proporciona la información

\_\_\_\_\_  
Iniciales del doctor