

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del paciente: _____ Altura: _____ Peso: _____ Médico: _____

Responda todas las preguntas encerrando en un círculo Sí (S) o No (N). Todas las respuestas son confidenciales.

- 1. ¿Goza de buena salud? S N
- 2. ¿Ha tenido algún cambio en general en su salud durante el último año? S N
- 3. Fecha de su último examen físico: _____
- 4. ¿Se encuentra en este momento bajo el cuidado de un médico por un problema en particular? S N
- 5. ¿Ha tenido alguna vez enfermedades, operaciones u hospitalizaciones graves? En caso afirmativo, describa:

- I. ¿Está tomando o ha tomado bisfosfonatos para la osteoporosis, mieloma múltiple u otros cánceres (ReClast, Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia, Zometa, Prolia)? S N
- J. ¿Alguna vez le han aconsejado no tomar un medicamento? S N
- K. Enumere todos los medicamentos que toma, incluidos medicamentos recetados, medicamentos dietéticos, medicamentos de venta libre, remedios herbales u holísticos, vitaminas y minerales:

6. TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:

- A. ¿Fiebre reumática o enfermedad reumática del corazón? .. S N
- B. ¿Enfermedad del corazón congénita? S N
- C. ¿Enfermedad cardiovascular (ataque al corazón, problemas del corazón, soplo en el corazón, enfermedad de las arterias coronarias, angina, presión arterial alta, accidente cerebrovascular, palpitaciones, cirugía del corazón, marcapasos)? S N
- D. ¿Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, dificultad para respirar, dolor de pecho, tos grave)? S N
- E. ¿Ataques, convulsiones, epilepsia, desmayos o mareos? ... S N
- F. ¿Trastorno hemorrágico, anemia, tendencia de sangrado, transfusión de sangre? ¿Le salen hematomas con facilidad? ... S N
- G. ¿Enfermedad del hígado (ictericia, hepatitis)? S N
- H. ¿Enfermedad de los riñones? S N
- I. ¿Diabetes? S N
- J. ¿Enfermedad de la tiroides (bocio)? S N
- K. ¿Artritis? S N
- L. ¿Úlceras de estómago o colitis? S N
- M. ¿Glaucoma? S N
- N. ¿Osteoporosis? S N
- O. ¿Implantes colocados en cualquier parte de su cuerpo (válvula del corazón, marcapasos, cadera, rodilla)? S N
- P. ¿Tratamiento de radiación para el cáncer (rayos X)? S N
- Q. ¿Le hace clic la articulación de la mandíbula o un sonido de estallido, dolor cerca del oído, dificultad para abrir la boca, rechinar o apretar los dientes? S N
- R. ¿Problemas nasales o de los senos nasales? S N
- S. ¿Alguna enfermedad, medicamento u operación de trasplante que haya reducido su sistema inmunológico? S N
- 7. ¿ESTÁ USANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?
- A. ¿Antibióticos? S N
- B. Anticoagulantes (diluyentes de la sangre)? S N
- C. ¿Aspirina o medicamentos como Motrin, Aleve, ibuprofeno? S N
- D. ¿Medicamentos para la presión arterial alta? S N
- E. ¿Esteroides (cortisona, prednisona, etc.)? S N
- F. ¿Calmantes? S N
- G. ¿Insulina o medicamentos antidiabéticos orales? S N
- H. ¿Digitalis, Inderal, nitroglicerina u otro medicamento para el corazón? S N

8. ES ALÉRGICO O HA TENIDO UNA REACCIÓN ADVERSA A:

- A. ¿Anestesia local (novocaína, etc.)? S N
- B. ¿Penicilina u otros antibióticos? S N
- C. ¿Sedantes, barbitúricos? S N
- D. ¿Aspirina o ibuprofeno? S N
- E. ¿Codeína u otros analgésicos? S N
- F. ¿Productos de látex o hule? S N
- G. ¿Metal de algún tipo? S N
- H. ¿Productos químicos o joyas (sarpullido o sensibilidad)? ... S N
- I. ¿Productos alimenticios? S N
- J. ¿Otras alergias o reacciones? Enumérelas:

- 9. ¿Fuma o mastica tabaco? S N
¿Cuánto por día? _____
- 10. ¿Tiene algún antecedente de alcoholismo o dependencia química o trastorno emocional que pueda afectar la atención que le brindamos? S N
- 11. ¿Ha tenido problemas graves asociados con algún tratamiento dental anterior? S N
- 12. ¿Ha tenido usted o un familiar directo algún problema asociado con la anestesia intravenosa? S N
- 13. ¿Tiene alguna otra enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente que cree que el médico debería conocer? S N
- 14. ¿Desea hablar en privado con el médico sobre algo? S N
- 15. ¿Alguna vez le hicieron una densitometría ósea? S N

16. SOLO PARA MUJERES

- A. ¿Está embarazada o existe la posibilidad de que esté embarazada? S N
- B. ¿Estás amamantando? S N
- C. Si está usando anticonceptivos orales, es importante que comprenda que los antibióticos (y algunos otros medicamentos) pueden interferir con la efectividad de los anticonceptivos orales. Por lo tanto, deberá utilizar métodos anticonceptivos mecánicos durante un ciclo completo de píldoras anticonceptivas, después de completar el ciclo de antibióticos u otros medicamentos. Consulte con su médico para obtener más consejos.

Entiendo la importancia de un historial médico completo y veraz para ayudar a mi dentista a brindar la mejor atención posible. He leído y entendido lo anterior. Entiendo que es mi responsabilidad completar el formulario de manera correcta y completa.

Firma del paciente o del tutor legal

Fecha