

HISTORIA MEDICA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ TELEFONO _____

POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SI O NO Y PROVEE LAS RESPUESTAS DONDE SEA NECESARIO:

- | | | | |
|-------|---|----|----|
| 1. | Usted considera que tiene una buena salud? | Si | No |
| 2. | Esta o ha estado bajo el cuidado medico dentro del ultimo año?
Si lo ha estado especifique por queha sido tratado _____ | Si | No |
| 3. | Usted toma algun medicamento, incluyendo pastillas para el control prenatal?
Por favor especifique nombre y proposito del medicamento: _____ | Si | No |
| <hr/> | | | |
| 4. | Usted tiene o ha tenido algun problema de corazon o sangre? | Si | No |
| 5. | Alguna vez le han dicho que tiene murmullo en el Corazon? | Si | No |
| 6. | Usted requiere ser premedicado con antibioticos por una condicion cardiac, valvula artificial o articulacion artificial? | Si | No |
| 7. | Usted tiene o ha tenido tension arterial alta? | Si | No |
| 8. | Usted sangra o se moratea facilmente? | Si | No |
| 9. | Ha sido diagnosticado alguna vez con HIV positivo o SIDA? | Si | No |
| 10. | Alguna vez ha tenido hepatitis o enfermedad del higado? | Si | No |
| 11. | Alguna vez ha tenido: fiebre reumatica _____ Asma _____ desorden de la sangre _____;
Diabetes _____ reumatismo _____ arthritis _____ tuberculosis _____ enfermedad venerea _____ ataque cardiac _____
enfermedad del rinon _____ desordenes del sistema inmunologico _____ otras enfermedades _____
Especifique: _____ | Si | No |
| 12. | Alguna vez ha tenido una reaccion inusual o es alergico a alguno de los siguientes:
Penicilina _____ Aspirina _____ Acetaminofen _____ Ibuprofeno _____ Codeina _____; Barbituricos _____ Sulfas _____
Otros _____ | Si | No |
| 13. | Esta sujeto a desmayarse? | Si | No |
| 14. | Alguna vez ha tenido una reaccion severa a los tratamientos dentales o a los anestesicos locales? | Si | No |
| 15. | Es usted alergico a algun anestesico local? | Si | No |
| 16. | Usted tiene alguna otra alergi? Describala _____ | Si | No |
| 17. | Alguna vez ha tenido un ataque nervioso o ha estado en tratamiento psiquiatrico? | Si | No |
| 18. | Alguna vez ha sido tratado por alcoholism o drogadiccion? | Si | No |
| 19. | Esta usted embarazada? | Si | No |
| 20. | Tiene dolor? | Si | No |
| 21. | La ultima vez que vio aun Odontologo? _____ | | |
| 22. | Quien fue su ultimo Odontologo? _____ | | |
| 23. | Usted cree que sus dientes estan afectando su salud? | Si | No |
| 24. | Tiene o ha tenido sangrado de la encia o es esta sensible? | Si | No |
| 25. | Alguna vez ha tomado Phen-Fen o algun medicamento para controlar el apetito? | Si | No |
| 26. | Alguna vez ha tomado alcohol o ha fumado ? | Si | No |
| 27. | Algun vez ha tomado Fosamax, Boniva o algun otro medicamento prescrito para reducir la reabsorcion de los huesos como la Osteoporosis o algun otro medicamento para la metastasis de cancer de hueso? | Si | No |

YO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A ESTE CUESTIONARIO SON PRECISAS A LO MEJOR DE MI CAPACIDAD, DESDE QUE UN CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA O EN MEDICAMENTOS QUE TOME PUEDEN AFECTAR MI TRATAMIENTO DENTAL. YO ENTIENDO LA IMPORTANCIA Y ESTOY DE ACUERDO EN TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL ODONTOLOGO DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SIGUIENTE CITA.

Firma _____

(Paciente o representante legal)

Fecha _____

(rev 11/09)