

Portal Family Dentistry & Orthodontics

HISTORIA MÉDICA

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Aunque el personal dental trata principalmente el área de la boca y sus alrededores, la boca es una parte del cuerpo entero; Por lo tanto, los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podría tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Ha tenido alguna lesión grave en la cabeza o en el cuello?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Está tomando algún medicamento, pastillas o drogas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
¿Está usted tomando, Phen- Fen o Redux?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
¿Está usted en una dieta especial?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
¿Consumes tabaco?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
¿Utiliza sustancias controladas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____

Mujeres:

¿Está embarazada o tratando de quedar embarazada? Si No ¿Toma anticonceptivos orales? Si No ¿Dando de lactar? Si No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?:

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Latex Anestésicos Locales Otro: _____
 En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Tiene, o ha tenido cualquiera de los siguientes?

SIDA/ VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cortisona (Medicina)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dialisis renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sin aliento con facilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipertension arterial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis/ Gota	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ronchas o sarpullido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf. De células falciformes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula artificial de corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Latido irregular del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Espina bífida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos / Vértigo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf. Estomago/intestinos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Arterial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Accidente cardiovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea Frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hinchazon de las extremidades	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hipotension arterial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroidea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la valvula mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor en articul. mandibular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Insuficiencia/ ataque cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulceras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Herpes labial/ Ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cuidado Psiquiatrico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Trastornos congénitos de corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marca pasos de Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Radioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia amarilla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enf./Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Perdida de peso reciente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura arriba? Si No En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

Comentarios: _____

Al mejor de mi conocimiento, las preguntas de esta forma tienen respuestas exactas. Entiendo que al proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi propia salud o la del paciente. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor: _____ Fecha: _____