

HISTORIA MÉDICA

La mejor respuesta a las siguientes preguntas le permitirá a su dentista darle un tratamiento individual, adecuado a sus necesidades.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad _____
 ¿Cuál es la razón de su visita? _____

Por favor conteste a cada pregunta marcando claramente sí o no en la casilla. Cuando tenga dudas, deje la casilla en blanco.

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra en buen estado de salud ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se encuentra bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso de estarlo, ¿Bajo qué tipo de tratamiento se encuentra? | | |
| 3. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez, o ha sufrido alguna enfermedad de gravedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso de contestar afirmativamente, explique: | | |
| 4. ¿Ha sangrado excesivamente después de alguna extracción dental? o si se corta,
¿Tarda en cicatrizar más que antes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. (Mujeres) ¿Está Ud. embarazada? En caso de estarlo, ¿Cuál es la fecha aproximada del parto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa alguna forma de tabaco? En caso de usarlo, ¿Cuánto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Bebe alcohol (más de 2 copas al día)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha tenido o tiene lo siguiente?: | | |

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| GENERAL | | |
| Cansancio, debilidad..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de peso súbito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sudores nocturnos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre persistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PIEL | | |
| Erupciones, urticaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de pigmentación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OJOS | | |
| Cambio en la visión..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OÍDOS | | |
| Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zumbido en los oídos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NARIZ | | |
| Hemorragias nasales frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GARGANTA | | |
| Dolor/ronquera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA NERVIOSO | | |
| Apoplejía/embolia cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones/Epilepsia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entumecimiento/hormigueo/comezón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareo/desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tratamiento psiquiátrico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA RESPIRATORIO | | |
| Tuberculosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma/fiebre del heno (alergia)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos persistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Producción de flema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos con flema sanguinolenta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad al respirar cuando está recostado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA ENDOCRINO | | |
| Diabetes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes en su familia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de tiroides/bocio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| CORAZÓN/VASOS SANGUÍNEOS | | |
| Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores en el pecho/molestias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos/ataques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta de aliento/sofocación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinchazón de los tobillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión alta de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca congénita (hereditaria)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prolapso valvular mitral..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapaso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HUESOS/MÚSCULOS | | |
| Artritis/reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extremidades/articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA DIGESTIVO | | |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ictericia (derrame biliar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Úlceras gástricas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio en el apetito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excremento negro, sanguinolento o descolorido..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA URINARIO | | |
| Problemas en los riñones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incremento en la frecuencia al orinar (por las noches)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ardor al orinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Secreciones por la uretra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presencia de sangre en la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades venéreas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SANGRE | | |
| Mallugaduras/moretones/cardinales fácilmente..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OTROS | | |
| Radioterapia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumores o protuberancias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. ¿Es Ud. ALÉRGICO o ha experimentado reacción alérgica a lo siguiente?

	SI	NO		SI	NO
Anestesia local (por ejemplo, a la novocaína)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina o codeína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos/sedantes/pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamentos del grupo sulfonamida (sulfa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina/otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Está Ud. tomando algo de lo siguiente?:

	SI	NO		SI	NO
Antibióticos/medicamentos que contengan sulfa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diluyentes sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulina/otros medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la presión de la sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogas recreativas (no medicinales).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina para la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Digitalis/otros medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortisona/esteroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nitroglicerina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicina antihistamínica/medicina para las alergias/remedios para el resfriado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otros medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contesta afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, dé una lista de los medicamentos y las dosis que está tomando:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

11. ¿Hay alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que Ud. crea necesario comunicarnos? o ¿Hay alguna actividad que su médico le prohíba? De ser así, explique: _____

12. Nombre de su médico _____ Teléfono _____

13. ¿Ha tenido algún problema serio asociado con algún tratamiento dental anterior?: _____

14. ¿Lo pone nervioso el tratamiento dental? No _____ Un poco _____ Moderadamente _____ Extremadamente _____

15. Fecha de su última consulta dental?: _____

16. ¿Ha tenido tratamiento por alguna enfermedad periodontal (enfermedad en las encías, piorrea, infección con ulceración en las mucosas de la boca)? _____
De haberla tenido ¿Cuándo fue? _____

17. ¿Ha tenido o tiene lo siguiente?:

BOCA

	SI	NO
Encías sangrantes o úlceras (aftas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sabor desagradable/mal aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardores en la lengua/labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampollas frecuentes en labios/boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinchazón/protuberancias en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ortodoncia (frenos, ganchos, aros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se muerde el interior de las mejillas o los labios?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de mandíbula (¿Le truena?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al abrir o cerrar la mandíbula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIENTES

	SI	NO
Dientes flojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a las cosas calientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a las cosas frías.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad a lo dulce.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensibilidad al morder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le aloja la comida entre los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprieta/rechina los dientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desviación en los dientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado cambios en los dientes al morder?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIGIENE ORAL

¿Usa lo siguiente?:

	SI	NO
Cepillo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilo dental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enjuague con fluoruro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro tipo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____

¿Como es su cepillo? Suave Mediano Duro

De acuerdo a mis posibilidades, he contestado lo más correctamente posible las preguntas anteriores.

Si en algún momento existe un cambio en mi salud o en los medicamentos que estoy tomando, lo informaré a mi dentista en mi próxima cita.

Firma del paciente, padres o tutor _____ Fecha _____