

Imprint patient information here:



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Encierre  
en un  
círculo

Historia Médica

SOLAMENTE PARA USO DE LA CLÍNICA

1. ¿Tiene o ha tenido algunas de las siguientes cosas?(encierre en un círculo todos los que apliquen)

Si No

a. Reacción alérgica a ciertos medicamentos o látex

Látex Penicilina Aspirina Codeína Anestesia local otro

Si No

b. ataque cardiaco o enfermedad del corazón

Si No

c. ataque de apoplejía o derrame cerebral

Si No

d. presión alta

Si No

e. insuficiencia cardiaca

Si No

f. angina de pecho (dolores de pecho)

Si No

g. latido del corazón irregular

Si No

h. válvula de corazón artificial

Si No

i. fiebre reumática, enfermedad del corazón reumática,

Si No

j. endocarditis bacterial

Si No

k. enfermedad congénita del corazón

Si No

l. murmullos de corazón o prolapso de válvula mitral

Si No

m. inmunosupresiva (Escoja todas las cosas que apliquen)

Terapia de esteroides Terapia de Radiación quimioterapia SLE (Lupus)  
Artritis Reumatoidea VIH (SIDA) Transplante de órgano  
Extracción del bazo Otro

Si No

m. articulación artificial (Escoja todo lo que aplique)

cadera rodilla tobillo hombro otro

Fecha en que fue  
colocado:

Si No

n. otros implantes o aparatos artificiales

Si No

o. problema de sangrado, anemia, otras enfermedades de sangre

Si No

p. diabetes

Si No

q. enfermedad de la tiroides

Si No

r. enfermedad del sistema nervioso o ataque epiléptico

Si No

s. enfermedad de estómago o intestino

Si No

t. enfermedad del riñón

Si No

u. hepatitis (A, B, C o D)

Si No

v. otra enfermedad del hígado

Si No

w. artritis(osteo o reumatoide)

Si No

x. otra enfermedad muscular, o de articulación

Si No

y. asma

Si No

z. tuberculosis

Si No

aa. otra enfermedad pulmonar

Si No

bb. condición de salud mental - especifique: \_\_\_\_\_

Si No

z. ¿Algún problema físico o mental que requiera cuidado especial?

Si No

aa. ¿Está siendo o ha sido tratado por cáncer?

Si No

bb. Está o podría estar embarazada?

Si No

cc. ¿Está amamantando?

- Si No 2. ¿Sufre usted de alguna enfermedad, condición, o problema que no esté en este cuestionario?  
Describa:
- Si No 3 ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o ha tenido cirugías?  
Describa:
- Si No 4. ¿Tiene síntomas que no hayan sido diagnosticados?  
Describa:
- Si No 5. ¿Tiene o ha tenido alguna vez adicción a alguna sustancia química? (Ejemplos: alcohol, drogas de prescripción, heroína, metanfetamina, cocaína, otro)
- Si No 6. ¿Fuma o usa alguna forma de tabaco?
- Si No 7. ¿Ha usado formas de tabaco en el pasado?
- Si No 8. ¿Toma regularmente hierbas medicinales o complementos dietéticos?  
Específicamente usted toma (escoja todas las opciones que apliquen):  
Echinacea ajo jengibre kava valeriana Santa Maria ginkgo  
ginseng Hierba de San Juan (hypericum) vitamina E Feverfew otro
- Si No 9. ¿Está o ha estado en terapia para osteoporosis?  
(Ejemplos: fosamax, Actonel, Boniva en forma de pastilla)
- Si No 10. ¿Está o ha estado en terapia para reducir altos niveles de calcio en la sangre (terapia de bisphosphonate)? (ejemplos: Aredia intravenoso, Zometa)

**Lista de su médicos (por favor incluya su(s) médicos o especialistas que visite cada año)**

Nombre dirección ciudad número de teléfono especialidad

---



---



---



---



---

**Historia Dental**

Molestia Principal: (¿Cuál es la razón por la que usted requiere asistencia dental?)

- Si No 1. ¿Se hace exámenes dentales regularmente?  
2. Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_
- Si No 3. ¿Ha tenido algún problema asociado con tratamientos dentales en el pasado?  
Si ha tenido algún problema por favor explique: \_\_\_\_\_
- Si No 4. ¿Ha notado algún bulto o alguna úlcera en su boca?
- Si No 5. ¿Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes?
- Si No 6. ¿Ha sufrido alguna herida en la cara, quijada, o dientes?
- Si No 7. ¿Sufre de dolores de boca, cara, ojos, cuello o garganta?
- Si No 8. ¿Está usted descontento con la apariencia de sus dientes?
- Si No 9. ¿Ha sido el miedo una de las razones por la que usted no ha buscado tratamiento dental en el pasado?
- Si No 10. ¿Es usted alérgico a algún metal o material dental?
11. Indique los tipos de tratamientos dentales que usted haya tenido:

ortodoncia (frenos) dentadura postiza endodoncia implantes  
cirugía oral tratamiento de encía tratamiento de TMJ amalgama/empaste  
coronas puentes carillas blanqueamiento otro