

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Nombre de su Dr. _____ Teléfono _____ Fecha de su último examen _____

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Está bajo atención medica en este momento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 5 anos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es así, Explique _____</p> <p>3. ¿Está tomando algún remedio o medicina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cuales: _____
(Incluya los no recetados por su Dr.) _____</p> <p>4. ¿Ha tomado alguna vez Fen-Phen o Redux? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Usa tabaco (fuma)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Usa sustancias controlados (drogas)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Tiene Tos o flema persistente, que no están relacionado con alguna enfermedad y que duren más de 3 semanas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> | <p>9. ¿Tiene alérgica o ha tenido reacciones alérgicas a los siguientes?
Medicaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anestesia Local (Novocaína, Etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Penicilina o otros antibióticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sulfamidas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Barbitúricos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sedativos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Iodo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Aspirina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Metales (níquel, mercurio) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Látex <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Otros (Explique) _____</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

10. PARA MUJERES

- a) ¿Esta embarazaba o piensa que está embarazada? Si No
- b) ¿Esta amamantado? Si No
- c) ¿Está tomando contraceptivos por vía oral? Si No

11. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Si | No | | Si | No | | Si | No |
| Presión Alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades al Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores en el Pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataques Cardiacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad en Respirar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Murmullos al Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemiplejia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinchazón en los tobillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alergias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareos o desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cansancio Crónico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Terapia Radioactiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión Baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha bajado de Peso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades al Hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Implantes Articulares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas al Corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermares en los riñones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis o Ictericia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas Estomacales o Ulceras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros(Explique) _____ | | |

HISTORIAL DENTAL DEL PACIENTE

Nombre y dirección de su dentista anterior _____ Fecha de su ultimo/a examen _____

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. ¿Son sus dientes sensitivos a los líquidos o comidas frías o calientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Son sus dientes sensitivos a los líquidos o comidas dulces o acidas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Le duele en este momento algún diente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Tiene alguna herida o hinchazón dentro o alrededor de la boca? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. ¿Ha tenido heridas en la cabeza, cuello o mandíbula? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas con la mandíbula?
Ruido en la articulación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-Dolor (articulación, oído, lado de la cara) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-Dificultad en abrir o cerrar la boca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-Dificultad para masticar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. ¿Sufre dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Aprieta la mandíbula o rechina los dientes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> | <p>10. ¿Si muerde los labios o el interior de la boca? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Ha tenido algún problema en el pasado con una extracción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>12. ¿Le ha sangrado excesivamente una extracción? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>13. ¿Ha tenido Ortodoncia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. ¿Usa dentaduras totales o parciales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿en que fecha se hizo las ultimas? _____</p> <p>15. ¿Alguien le ha dado instrucciones de cómo cuidar sus dientes y encías? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>16. ¿Le gusta su sonrisa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|