



HISTORIA MÉDICA Y DENTAL

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Raza: _____ Género: Hombre Mujer

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? **SI NO**

Fecha de su ultima visita: _____ Razon: _____

Nombre del médico: _____ Telefono: _____

SI NO

¿Ha habido algún cambio en su salud en general en el último año?

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación, o han sido hospitalizado en los últimos 5 años?
si la respuesta es "si" favor de explicar: _____

¿Tiene un soplo en el corazón o historia de enfermedad cardiaca reumática?

Ha recomendado su médico alguna vez que usted tome antibióticos antes de un tratamiento dental?

¿Ha tenido un reemplazo ortopédico total de una coyuntura o cadera?

¿Fecha? _____

¿Alguna vez ha tomado pastillas para adelgazar? Fecha _____

¿Ha tomado cortisona (esteroides) en los últimos 2 años?

¿Usted bebe alcohol? Cantidad: ___ 1 copa por día ___ 2 copas por día ___ 3 o mas copas al día
_____ menos de 1 por día

¿Uso de drogas recreativas (de la calle) ? _____

¿Ha sido diagnosticado con diabetes?

Estatus de Diabetes

Controlado

Moderado

Pobre

Fecha de su ultimo examen en ayunas? _____ Nivel de su azucar _____

¿Alguna vez lo han tratado por dependencia quimica de el alcoholismo?

¿Fuma o mastica tabaco? Tipo /Cantidad diaria: _____ Número de años? _____ Fecha que dejo de fumar: _____

¿Ah tomado o está tomando anticoagulantes?

ALERGIAS ¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

SI NO

Anestesia local

Penicilina/Antibióticos

Medicamentos para ayudar a dormir

Sulfamidas

Yodo

SI NO

Codeína u otros narcóticos

Látex

Níquel

Aspirina

Alergias estacionales

SI NO

MUJERES SOLAMENTE

Problemas despues de la menopausia o hysterectomia

¿Esta usando algun metodo anticonceptivo?

¿Está embarazada? Fecha de parto _____

¿Se encuentra actualmente en periodo de lactancia?

¿Está tomando medicamentos para osteoporosis?

SI NO CONDICIONES CARDIOVASCULARES

- Angna / Dolor de Pecho Cronico
 Alteroesclerosis/ endurecimiento de las arterias
 Válvula artificial del corazón fecha: _____
 Desfibrilador Interno fecha: _____
 Ataque al corazon fecha: _____
 Soplo Cardíaco
 Presión arterial alta
 Defecto congénito del corazón
 Prolapso de la válvula mitral
 Cirugía de Bypass Fecha: _____
 Marcapasos Fecha: _____
 Hinchazón de los tobillos
 Falta de aliento después de hacer ejercicio
 Fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática
 Latido del corazón irregular

SI NO CONDICION RESPIRATORIAS

- Tuberculosis
 Enfisema
 Bronquitis crónica
 Asma
 Sinusitis
 Tos persistente/ tos con sangre

SI NO CONDICIONES GASTROINTESTINALES

- Trastomos de Colón
 Diarrea persistente
 Dificultad para pasar/tragar alimentos
 Acidez estomacal
 Úlceras
 Malnutrición
 Ictericia
 Piedras de la vesicula biliar
 Enfermedad del higado/cirrosis
 Hepatitis: Tipo A B C

SI NO CONDICIONES GENITOURINARIAS

- Enfermedad del riñón / infecciones de la vejiga
 Diálisis Fecha: _____

SI NO ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- Tipo: _____

SI NO OTRAS CONDICIONES

- Víctima de violencia domestica
 Glaucoma
 Trasplante de Organo/ de algun tejido
 Pérdida de peso no intencional
 Dolor crónico Sitio: _____

SI NO CONDICIONES DE LOS HUESOS Y COYUNTURA

- Osteoporosis/Osteoartritis
 Lesion traumatica
 Problemas con TMJ articulacion mandibular
 Cirugia de mandibula
 Fracturas frecuentes
 Artritis reumatoide
 Reemplazo de coyuntura/articulación- tipo _____

SI NO ANORMALIDADES EN LA SANGRA

- Sangrado prolongado
 Anemia
 Enfermedad de células falciformes Tipo: _____
 Hemofiliaa Tipo: _____
 Transfusión sanguínea Año: _____

SI NO CONDICIONES NEUROLOGICAS

- Epilepsia
 Convulsiones
 Derrame cerebral
 Neuritis
 Neuralgia o dolor facial
 Entumecimiento / Parálisis
 Severos dolores de cabeza frecuentes

SI NO CONDICIONES PSICOLÓGICAS

- Depresión/ Desorden Bipolar
 Condiciones de ansiedad/ trastornos de pánico ADHD
 Trastornos alimentarios, anorexia o bulimia
 Otro

SI NO EMFERMEDADES DERMATOLÓGICAS

- Erupciones en la piel crónicas/recurrentes
 Urticaria
 Psoriasis/Eczema

SI NO CONDICIONES INMUNITARIAS

- SIDA o infecciones de VIH
 Sarcoidosis
 Lupus eritematoso
 Inmunosupresión Explicar: _____

SI NO CANCER

- Sitio: _____ Tipo: _____
 Quimioterapia/Radioterapia?Fecha: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre del Medicamento

Dosis

Fecha de Inicio

Propósito de su visita : _____

Cuando fue su última visita dental? 36Meses 24-35Meses 12-23Meses menos de 12 meses

¿Está recibiendo la atención dental de rutina?: **SI NO** Fecha de ultima vista dental: _____

Razon de su ultima visita: _____

Nombre del Dentista: _____

¿Alguno de los siguientes le impidió tener atención dental?

- Miedo ó ansiedad
- Falta de tiempo
- Falta de dinero
- No tiene Aseguranza
- No tiene transporte

- Si No ¿Sus dientes son sensibles a:
- Dulces
 - Caliente
 - Frio
 - Presión

SI NO

¿Bebió agua fluorada cuando era un niño?

¿Le han extraido dientes debido a caries en los últimos 3 años?

- ¿Tiene su saliva espesa y/o se sienten pegajosa?
- ¿Siente la boca seca a menudo?
- ¿Tiene exceso de saliva?

¿Cuál es la fuente de su agua potable?

Poso Ciudad Enbotellada

PRÁCTICAS DE HIGIENE

SI NO

Consume bocadillos o bebidas que contienen azucar mas de 4 veces al dia o entre comidas

Cepillo Dental: Fuerte Mediano Suave

Tipo de pasta dental?

Cepillado de Dientes: # de veces al dia: _____

Fluoruro

Hilo Dental: # de veces al dia: _____

Control de sarro

SI NO

Enjuague bucal diario

Blanqueador

Aprobadas por la ADA

Entiendo la necesidad de que las preguntas sean contestadas con la verdad. En lo mejor de mi conocimiento, las respuestas que he dado son exactas. También entiendo que es muy importante informar al dentista de cualquier cambio en mi estado médico o dental lo mas pronto posible, y estoy de acuerdo de hacerlo. He dado permiso al dentista para obtener de mi médico cualquier información adicional con respecto a mi historial médico o dental necesario para proveer el mejor tratamiento dental.

Fecha: _____ **Firma del Paciente:** _____

Si esta forma no fue contestada por el paciente,

Indique su relación con el paciente padre, madre o tutor: _____