

## HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

PATIENT NAME \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de la boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pueda tener, o los medicamentos que esté tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

**¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?**

Anestésicos Locales (novocaína)  Sí  No  Barbitúricos  Sí  No  Aspirina  Sí  No   
 Penicilina y otros antibióticos  Sí  No  Medicamentos a base de sulfa  Sí  No  Yodo  Sí  No   
 Metal  Sí  No  Látex  Sí  No  Codeína  Sí  No  Acrílico  Sí  No

1. ¿Está actualmente bajo tratamiento medico?  Sí  No  En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_
2. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía mayor?  Sí  No  En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_
3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta?  Sí  No  En caso afirmativo, cuales \_\_\_\_\_
4. ¿Alguna vez ha tenido una graves en la cabeza o lesión en el cuello?  Sí  No
5. ¿Usted fuma?  Sí  No
6. ¿Está usted en una dieta especial?  Sí  No
7. ¿Utiliza sustancias controladas?  Sí  No
8. Mujeres:
  - a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo?  Sí  No
  - b) ¿Está dando el pecho a su bebé?  Sí  No
  - c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?  Sí  No

8. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o delencias?

Hipertensión	Marcapaso Cardíaco	Ataques de Falta de Aire
Ataque Cardíaco	Sopio Cardíaco	Apoplejía
Fiebre Reumático	Angina	Fiebre de Heno/Alergias
Tobillos Hinchados	Cansancio Frecuente	Tuberculosis
Mareos/Ataques Repentinos	Anemia	Terapia de Radiación
Asma	Enfisema	Glaucoma
Hipotensión	Cáncer	Pérdida de Peso Reciente
Epilepsia/Convulsiones	Artritis	Enfermedad del Hígado
Leucemia	Reemplazo de Articulación o implante	Problema del Corazón
Enfermedad de los riñones	Hepatitis/Ictérica	Problemas respiratorios
Infección de SIDA o HIV	Enfermedades Venéreas	Otro?
Problema de Tiroides	Problemas Estomacales/Ulceras	
Enfermedad del Corazón	Dolor en el Pecho	

¿Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionado anteriormente? \_\_\_\_\_

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta ouede ser peligroso para mi salud.

FIRMA X \_\_\_\_\_  
 Paciente, Madre/Padre, o Responsable

FECHA \_\_\_\_\_