

HISTORIA DE LA SALUD

Nombre del paciente: _____ Soc Sec # _____

Fecha de nacimiento: _____

I. Círculo la respuesta apropiada (deje en blanco si no entiendes la pregunta):

1. Si No Es su salud en general buena?
2. Si No Se ha producido un cambio en su salud en el último año?
3. Sí No Ha sido hospitalizado o tenía una enfermedad grave en los últimos tres años?
En caso afirmativo, ¿por qué? _____
4. Sí No Está usted siendo tratado por un médico ahora? ¿Para qué? _____
Fecha del último examen médico: _____

II. Experimentado:

- | | | | |
|-----------|--|-----------|----------------------|
| 5. Si No | Pain (angina) de pecho? | 13. Si No | Mareos? |
| 6. Si No | Dificultad para respirar? | 14. Si No | Dolores de cabeza? |
| 7. Sí No | Persistente tos, expectoración con sangre? | 15. Si No | Hechizos de desmayo? |
| 8. Sí No | Sangrado, formación de hematomas? | 16. Si No | Visión borrosa? |
| 9. Si No | Problemas de sinusitis? | 17. Si No | Convulsiones? |
| 10. Si No | Dificultad para tragar? | 18. Si No | Sed excesiva? |
| 11. Sí No | Diarrea, estreñimiento, sangre en heces? | 19. Si No | Boca seca? |
| 12. Sí No | Frecuentes vómitos, náuseas? | 20. Si No | Ictericia? |

III. Tienes o has tenido:

- | | | | |
|-----------|--|-----------|-------------------------------|
| 21. Si No | Ninguna enfermedad del corazón? | 35. Si No | SIDA? |
| 22. Si No | Ataque al corazón, defectos del corazón? | 36. Si No | Tumores, cáncer? |
| 23. Si No | Soplos cardíacos? | 37. Si No | Artritis, reumatismo? |
| 24. Si No | Fiebre reumática? | 38. Si No | Enfermedades de la piel? |
| 25. Si No | Tiempos, endurecimiento de arterias / | 39. Si No | Anemia? |
| 26. Si No | La hipertensión arterial? | 40. Si No | VD (sífilis, gonorrea)? |
| 27. Sí No | Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 41. Si No | Herpes? |
| 28. Si No | Hepatitis, otras enfermedades hepáticas? | 42. Si No | Tiroides, suprarrenal disese? |
| 29. Si No | Hay problemas de estómago, úlceras? | 43. Si No | Diabetes? |
| 30. Si No | Antecedentes familiares de diabetes, problemas cardíacos, tumores? | 44. Sí No | Transfusiones de sangre? |
| 31. Si No | Tratamientos de radiación? | 45. Si No | Cirugías? |
| 32. Si No | Ninguna quimioterapia? | 46. Si No | A marcapasos? |
| 33. Si No | Válvula cardíaca protésica? | | |
| 34. Si No | Articulación Artificial? | | |

IV. Es usted alérgico a:

- | | | | |
|-----------|---|-----------|--------------|
| 47. Si No | Anestésicos locales (es decir, novocaína) | 52. Si No | Sedantes? |
| 48. Sí No | Penicilina u otros antibióticos? | 53. Si No | Yodo? |
| 49. Si No | Sulfas? | 54. Si No | Aspirina? |
| 50. Si No | Barbituarios? | 55. Sí No | Otros? _____ |
| 51. Si No | Fen-Fen? | | |

V. Estás tomando:

- | | | | |
|-----------|---|-----------|----------------------------|
| 56. Si No | Drogas recreativas? | 58. Si No | Tabaco en cualquier forma? |
| 57. Si No | Drogas, medicamentos, sobre medicamentos (incluyendo aspirina), remedios naturales? | 59. Si No | Alcohol? |

Por favor indique todos los medicamentos que está tomando? _____

VI. Mujeres:

- | | | | |
|-----------|---|-----------|-----------------------------------|
| 60. Si No | Esta o podría estar embarazada o amamantando? | 61. Si No | No toma píldoras anticonceptivas? |
|-----------|---|-----------|-----------------------------------|

VII. Todos los pacientes:

62. Si No Tienes o tienen cualquier otra enfermedad o problemas médicos que no figuran en este formulario?

Si es así, explicar: _____

A lo mejor de mi conocimiento, he contestado cada pregunta completamente y con precisión, informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Tutor / paciente firma: _____ Fecha: _____