

# 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 | 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: \_\_\_\_\_