

HISTORIA DE SALUD

Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

FECHA _____

EDAD _____ SEXO M / F

ESTATURA _____ PESO _____ LBS.

En caso de emergencia, contactar a (persona) _____ Numero de telefono: () _____ - _____

INSTRUCCIONES: Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario. Las respuestas a nuestras preguntas son unicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

Porque esta aqui ahora? _____

Cuando fue su ultima visita al dentista? ____/____/____

Cuando le tomaron las ultimas radiografias dentales? ____/____/____

Estan disponible sus radiografias? Si _____ No _____

Si es asi, escriba el nombre del Dentista Anterior y el numero de telefono.

	SI	NO
1. Esta mal de salud?	_____	_____
2. Ha cambiado su salud durante el ultimo ano?	_____	_____
3. Mi ultimo examen medico fue en _____		
4. Esta ahora bajo atencion medica?	_____	_____
A. Si es asi, que enfermedad se esta curando? _____		

5. El nombre y domicilio de mi medico es: _____		

6. Ha tenido alguna operacion o enfermedad seria?	_____	_____
A. Si es asi, que operacion o enfermedad? _____		

7. Durante los ultimos cinco (5) anos ha sido hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad seria.....	_____	_____
A. Si contesta afirmativamente explique? _____		

8. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas:		
A. Valvulas danadas o valvulas artificiales del Corazon.....	_____	_____
B. Lesion cardiaca congenita.....	_____	_____
C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del Corazon, Insuficiencia cardiaca oclusion coronaria, presion arterial alta, arteriosclerosis, sincope).....	_____	_____
1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algun esfuerzo.....	_____	_____
2) Despues de hacer algun ejercicio siente faltarle el aire.....	_____	_____
3) Se le hinchan los toboillos.....	_____	_____
4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar o necesita mas de 1 almohada para dormir.....	_____	_____
5) Tiene marcapasos cardiaco.....	_____	_____
D. Problema de sinusitis.....	_____	_____
E. Asma.....	_____	_____

SI**NO**

- | | SI | NO |
|---|-----------|-----------|
| F. Alergia..... | _____ | _____ |
| G. Ronchas o salpullido..... | _____ | _____ |
| H. Desmayos y sudores o ataques..... | _____ | _____ |
| I. Diabetes..... | _____ | _____ |
| 1) Orina usted mas de seis veces al dia..... | _____ | _____ |
| 2) Tiene sed la mayoría del tiempo..... | _____ | _____ |
| 3) Se le reseca la boca frecuentemente..... | _____ | _____ |
| J. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado..... | _____ | _____ |
| K. Artritis..... | _____ | _____ |
| L. Inflamacion reumatica(coyunturas inflamables con dolor) | _____ | _____ |
| M. Ulceras estomacales..... | _____ | _____ |
| N. Enfermedad del rinon..... | _____ | _____ |
| O. Tuberculosis..... | _____ | _____ |
| P. Tos persistente o tose sangre..... | _____ | _____ |
| Q. Baja presion sanguinea..... | _____ | _____ |
| R. Enfermedades venereas..... | _____ | _____ |
| S. Tiene cadera ____ o coyuntura prostetica ____ | | |
| Implantes ____ placa de hueso ____ o tornillos ____ | | |
| Si es asi, explique_____ | | |
| 9. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extraccion dental, cirujia o trauma | | |
| A. Se moretea su piel facilmente..... | _____ | _____ |
| B. Ha requerido transfusion sanguinea | | |
| Si contesta afirmativamente, explique_____ | | |
| _____ | | |
| 10. Tiene algun desorden sanguineo tal como anemia..... | _____ | _____ |
| 11. Ha tenido cirujia o rayos X para tratar algun tumor, Crecimiento u otra enfermedad bucal o labial..... | _____ | _____ |
| 12. Esta tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos Medicamentos, alendronato (Fosamax) o risedronato (Acetonel) por osteoporosis o enfermedad de Paget? | _____ | _____ |
| 13. Desde 2001, ha sido o esta siendo tratado/a, o tiene que Empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos Intravenosos (Aredia o Zometa) por dolor en los huesos, Hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultants de la enfermedad de Paget, del mieloma multiple o de un cancer metastasico?..... | _____ | _____ |
| Fecha del comienzo del Tratamiento: _____ | | |
| 14. Esta tomando alguno de los siguientes medicamentos:..... | _____ | _____ |
| A. Sulfas o antibioticos____ | | |
| B. Anticoagulantes (adelgazador sanguineo)____ | | |
| C. Medicamento para la presion alta ____ | | |
| D. Cortisona (esteroides) | | |
| E. Tranquilizantes ____ Antihistaminico ____ Aspirina ____ | | |
| F. Insulina, tobultamida (Orinase) o drogas similares ____ | | |
| G. Digitales o medicamentos para enfermedades cardiacas ____ | | |
| Nitroglicerina ____ | | |
| H. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal ____ | | |
| I. Otra droga o medicina _____ | | |

SI

NO

- 15. Es usted alergico o ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos:..... _____
- Anestesia local ___ Antibioticos o penicilina ___
- Drogas con sulfas ___
- Barbituricos, sedantes o pastillas para dormir ___
- Aspirina ___ Yodo ___ Codeina u otros narcoticos ___
- Es usted alergico a latex o productos de hule ___
- Alguna otra _____
- 16. Ha tomado usted el medicamento Redux (Fen-Phen) para su dieta..... _____
- 17. Tiene usted alguna enfermedad condicion fisica o algun Problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber..... _____
- 18. Esta trabajando o esta en una situacion donde esta expuesto regularmente a radiografias o alguna otra forma de radiacion..... _____
- 19. Usa lentes de contacto..... _____
- 20. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes:..... _____
- Herpes ___ Hepatitis ___ Tuberculosis ___ HIV/SIDA ___
- 21. Esta usted embarazada..... _____
- 22. Tiene algun problema asociado con su periodo menstrual..... _____
- 23. Esta dando pecho (amamantando)..... _____
- 24. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental..... _____
- Si contesta afirmativamente, explique. _____
- 25. Que tan seguido se cepilla los dientes ___ Cuando ___..... _____
- 26. Usa hilo dental..... _____
- 27. Le sangran o le duelen sus encias..... _____
- Que tan seguido _____
- 28. Son Su dientes sensibles a: Caliente ___ Frio ___
- Dulce ___ Presion ___
- 29. Retiene comida en sus dientes..... _____
- 30. Tiene dolores de cabeza ___ Cuello ___
- U hombro frecuentemente ___..... _____
- 31. Aprieta o rechina sus dientes..... _____
- 32. Ha tenido algun dolor en los musculos de la cara o alrededor de los oidos..... _____
- 33. Sueno o cruje su quijada..... _____

Follow Up to Medical History by Dentist only _____

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica ya da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

FIRMA EL PACIENTE o del tutor legal _____

(si el paciente es menor de edad) X _____ FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA X _____ FECHA _____

