

Historia De Salud

Paciente Nombre _____
 Edad _____ Sexo M/F Estatura _____ Peso LBS. _____
 Fecha _____ - _____ - _____ Ocupación _____

Instrucciones:

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

1. Está Mal de salud. Si No
2. Ha cambiado su salud durante el ultimo año. Si No
3. Mi ultimo examen medico fue en _____
4. Está ahora bajo atención médica. Si No
 - a. Sí es así, que enfermedad se está curando _____
5. El nombre y domicilio de mi medico es _____

6. Ha tenido alguna operación o enfermedad seria. Si No
 - a. Sí es así, que operación o enfermedad _____

7. Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria. Si No
8. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades ó problemas:
 - a. Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón. Si No
 - b. Lesión cardíaca congénital. Si No
 - c. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope). Si No
 - 1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo. Si No
 - 2) Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire. Si No
 - 3) Se le hinchan los tobillos. Si No
 - 4) Cuando se acuesta, siente que le falta el aire para respirar ó necesita más de 1 almohada para dormir. Si No
 - 5) Tiene marcapasos cardíaco. Si No
 - d. Problema de sinusitis. Si No
 - e. Asma. Si No
 - f. Alergia. Si No
 - g. Ronchas ó salpullido. Si No
 - h. Desmayos y sudores ó ataques. Si No
 - i. Diabetes. Si No
 - 1) Orina usted más de seis veces al día. Si No
 - 2) Tiene sed la mayoría del tiempo. Si No
 - 3) Se le reseca la boca frecuentemente. Si No
 - j. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado. Si No
 - k. Artritis. Si No
 - l. Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor) Si No
 - m. Ulceras estomacales. Si No
 - n. Enfermedad del riñón. Si No
 - o. Tuberculosis. Si No
 - p. Tos persistente ó tose sangre. Si No
 - q. Baja presión sanguínea. Si No
 - r. Enfermedades venéreas. Si No
 - s. Tiene Cadara _____ ó coyuntura protésica _____ implantes _____
 placa de hueso _____ ó tornillos _____
 Si es así, explique _____
9. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realice una extracción dental, cirugía ó trauma. Si No
 - a. Se moretea su piel fácilmente. Si No
 - b. Ha requerido transfusión sanguínea. Si No
 Si contesta afirmativamente, explique _____

10. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia. Si No
11. Ha tenido cirugía ó rayos X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal ó labial. Si No

12. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos: Si No
 - a. Sulfas ó antibióticos _____
 - b. Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo) _____
 - c. Medicamento para la presión alta _____
 - d. Cortisona (esteroides) _____
 - e. Tranquilizantes _____ Antihistamínico _____ Aspirina _____
 - f. Insulina, tobutamida (orinase) ó drogas similares _____
 - g. Digitales ó Medicamentos para enfermedades cardíacas _____ Nitroglicerina _____
 - h. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal _____
 - i. Otra droga ó medicina _____
13. Es usted alérgico ó ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos: Si No
 Anestesia local _____ Antibióticos o penicilina _____ Drogas con sulfas _____ Barbitúricos, sedantes ó pastillas para dormir _____ Aspirina _____ Yodo _____ Codeína u otros narcóticos _____
 Es usted alérgico al latex ó productos de hule _____
 Alguna otra _____
14. Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen) para su dieta. Si No
15. Tiene usted alguna enfermedad condición física ó algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber Si No
16. Está trabajando ó está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías ó alguna otra forma de radiación. Si No
17. Usa lentes de contacto. Si No
18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes: ... Si No
 Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ HIV/SIDA _____
19. Está usted embarazada. Si No
20. Tiene algún problema asociado con su período menstrual Si No
21. Está dando pecho (amamantando). Si No
22. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental Si No
 Si contesta afirmativamente, explique _____
23. Que tan seguido se cepilla los dientes _____ Cuando _____ Si No
24. Usa hilo dental. Si No
25. Le sangran ó le duelen sus encías. Si No
 Que tan seguido _____
26. Son sus dientes sensibles a: Si No
 Caliente _____ Frio _____ Dulce _____ Presión _____
27. Retiene comida en sus dientes. Si No
28. Tiene Dolores de cabeza _____ cuello _____ u hombro frecuentemente _____
29. Aprieta ó rechina sus dientes Si No
30. Ha tenido algún dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos. Si No
31. Suenan ó cruje su quijada. Si No

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 y da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

X _____ Fecha _____
 Firma del paciente ó del tutor legal

X _____ Fecha _____
 Firma del dentista

Poner al día	Fecha _____	_____
Paciente/Tutor legal	Fecha _____	Doc's Ini. _____
Paciente/Tutor legal	Fecha _____	Doc's Ini. _____
Paciente/Tutor legal	Fecha _____	Doc's Ini. _____