

## HISTORIA MÉDICO-DENTAL

**¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones:**

<input type="checkbox"/> anemia	<input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/> angina	<input type="checkbox"/> Cirugía del corazón
<input type="checkbox"/> Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/> Hepatitis o ictericia
<input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta
<input type="checkbox"/> asma	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> nefropatía
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/> Presión arterial baja
<input type="checkbox"/> Quimioterapia o radiación	<input type="checkbox"/> Condiciones psicológicas
<input type="checkbox"/> colesterol	<input type="checkbox"/> Preocupaciones neurológicas
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> osteoporosis
<input type="checkbox"/> Mareos/Desmayos	<input type="checkbox"/> marcapasos
<input type="checkbox"/> Trastorno de la alimentación	<input type="checkbox"/> Premedicación (reemplazo de articulaciones/afección cardíaca)
<input type="checkbox"/> endocarditis	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios
<input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos agrandados	<input type="checkbox"/> apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Llagas curativas lentas
<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales
<input type="checkbox"/> glaucoma	<input type="checkbox"/> Golpe
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno/Alergias/Sinusitis	<input type="checkbox"/> Abuso
<input type="checkbox"/> Lesiones en la cabeza	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Inquietudes auditivas	<input type="checkbox"/> tuberculosis
<input type="checkbox"/> infarto	<input type="checkbox"/> Virus del herpes/enfermedad venérea

<input type="checkbox"/> Anestésico Local <input type="checkbox"/> Codeína / Valium / Otros sedantes <input type="checkbox"/> Aspirina / Tylenol / Ibuprofeno <input type="checkbox"/> OTROS: _____ <input type="checkbox"/> ninguno
<b>mujeres:</b> <input type="checkbox"/> Píldoras anticonceptivas <input type="checkbox"/> Embarazada/Tratando de quedar embarazada <input type="checkbox"/> enfermería
<b>¿Alguna vez te han tratado con medicamentos bifosfonatos? (ej.: Fosamax, Boniva, Actonel; para Osteoporosis, Paget's o Cáncer)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**¿Ha tenido una enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos 5 años?**

- Sí \_\_\_\_\_  
 No

**¿Está bajo el cuidado de un médico?**

- Sí, Razón: \_\_\_\_\_  
 No

Fecha del último examen de salud: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿Usted usa tabaco?**

- Sí, Tipo (fumar, masticar, pipa)? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto/día? \_\_\_\_  
 ¿Durante cuántos años? \_\_\_\_\_  
 No

**¿Consumes alcohol?**

- Sí (¿cuántas bebidas/semana?) \_\_\_\_\_  
 No

**¿Usas alguna droga que altere el estado de ánimo que no sea la mencionada anteriormente?**

- Sí (nombre)\_\_\_\_  
 No

**¿Se requiere premedicación? SÍ / NO**

(si tiene antecedentes de reemplazo articular / endocarditis / cirugía cardíaca)

Cuál es su presión arterial normal: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Por favor, enumere todos los medicamentos (prescripción, vitaminas, suplementos herbales, OTC tomados rutinariamente:**

(Por favor incluya dosis, si es posible, y la razón para tomar)

¿Está tomando anticoagulantes?

- Sí
- No

**Para uso de Office:**

Presión arterial: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Pulso: \_\_\_\_\_

**Por favor, compruebe cualquiera de las siguientes condiciones que se aplican a usted:**

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sangrado, encías hinchadas o irritadas</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad periodontal/encías</li> <li><input type="checkbox"/> Mal aliento</li> <li><input type="checkbox"/> Dientes sueltos, inclinados y cambiantes</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío, calor o dulce</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilidad a la presión, sensibilidad a la mordedura</li> <li><input type="checkbox"/> Dientes rotos/empastes</li> <li><input type="checkbox"/> cefaleas</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula (ATM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Articulación de la mandíbula (ATM) haciendo clic / haciendo estallar</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultad para abrir o cerrar</li> <li><input type="checkbox"/> Molienda o apretón</li> <li><input type="checkbox"/> Dolor muscular (cabeza/cuello/hombros)</li> <li><input type="checkbox"/> Antecedentes de traumatismo craneoencefálico/dental</li> <li><input type="checkbox"/> Mala mordida</li> <li><input type="checkbox"/> Dientes desgastados/dientes planos</li> <li><input type="checkbox"/> Dientes torcidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Espacios</li> <li><input type="checkbox"/> Dientes deformados</li> <li><input type="checkbox"/> Respiración bucal</li> <li><input type="checkbox"/> xerostomía</li> <li><input type="checkbox"/> Dificultad para masticar a ambos lados</li> <li><input type="checkbox"/> Dientes descoloridos</li> <li><input type="checkbox"/> Sensibilidad al ruido</li> <li><input type="checkbox"/> Malas experiencias dentales</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedad/miedo (dentistas, agujas, etc.)</li> </ul>
--	---	--

<p>Fecha de la Fecha del ú Fecha de la Nombre y n  por qué d</p>	<p>Fecha de la última limpieza dental: última prueba de detección del cáncer oral: último examen dental: últimas radiografías completas: número de teléfono del dentista anterior:  por qué dejaste el dentista anterior?</p>
--	---

**Certifico que las respuestas dadas son verdaderas y completas a mi mejor conocimiento.**

Signatura \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_