



HISTORIAL DE SALUD

Fecha: _____

Chart: _____

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

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.

¿Por qué está aquí ahora? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? ____/____/____

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? ____/____/____

YES/SI

NO

- | YES/SI | NO | |
|--------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. ¿Está mal de salud? |
| _____ | _____ | 2. ¿Ha cambiado su salud durante el último año?
Mi último examen médico fue en: _____ |
| _____ | _____ | 3. ¿Está ahora bajo atención médica?
Sí es así, que enfermedad se está curando: _____ |
| _____ | _____ | 4. El nombre y domicilio de mi médico: _____ |
| _____ | _____ | 5. ¿Ha tenido alguna operación o enfermedad seria?
Si es así, que operación o enfermedad: _____ |
| _____ | _____ | 6. ¿Durante los últimos 5 años ha sido hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad seria?
Si contesta afirmativamente explique: _____ |
| _____ | _____ | 7. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
¿Válvulas dañadas? _____ ¿válvulas artificiales del corazón? _____ |
| _____ | _____ | 8. ¿Lesión cardíaca congénita? |
| _____ | _____ | 9. ¿Enfermedad cardiovascular? (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope) |
| _____ | _____ | 10. ¿Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo? |
| _____ | _____ | 11. ¿Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire? |
| _____ | _____ | 12. ¿Se le hinchan los tobillos? |
| _____ | _____ | 13. ¿Cuando se acuesta, siente que se falta aire para respirar o necesita más de 1 almohada para dormir? |
| _____ | _____ | 14. ¿Tiene marcapasos cardíaco? |
| _____ | _____ | 15. ¿Problema de sinusitis? |
| _____ | _____ | 16. ¿A asma? |
| _____ | _____ | 17. ¿Alergia? |
| _____ | _____ | 18. ¿Ronchas o salpullido? |
| _____ | _____ | 19. ¿Desmayos y sudores o ataques? |
| _____ | _____ | 20. ¿Diabetes? |
| _____ | _____ | 21. ¿Orina usted más de seis veces al día? |
| _____ | _____ | 22. ¿Tiene sed la mayoría del tiempo? |
| _____ | _____ | 23. ¿Se le reseca la boca frecuentemente? |
| _____ | _____ | 24. ¿Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado? |
| _____ | _____ | 25. ¿Artritis? |
| _____ | _____ | 26. ¿Inflamación reumática? (coyunturas inflamables con dolor) |
| _____ | _____ | 27. ¿Úlceras estomacales? |
| _____ | _____ | 28. ¿Enfermedad del riñón? |
| _____ | _____ | 29. ¿Tuberculosis? |
| _____ | _____ | 30. ¿Tos persistente o tose sangre? |
| _____ | _____ | 31. ¿Baja presión sanguínea? |
| _____ | _____ | 32. ¿Enfermedades venéreas? |
| _____ | _____ | 33. ¿Coyuntura prostética? ¿Implantes? _____ ¿placa de hueso? _____ ¿tornillos? _____
Si es así, explique _____ |



- _____ 34. ¿Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía o trauma?
 A. Se moretea su Dial fácilmente: _____ B. Ha requerido transfusión sanguínea: _____
 Si contesta afirmativamente, explique _____
- _____ 35. ¿Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia?
- _____ 36. ¿Ha tenido cirugía o rayos X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal o labial?
- _____ 37. ¿Está **tomando** alguno de los siguientes medicamentos? Solfas o antibióticos: _____
 Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo): _____ Medicamento para la presión alta: _____
 Cortisona (esteroides) _____ Tranquilizantes: _____ Antihistamínico: _____ Aspirina: _____
 Insulina, tobutamida (orinase) o drogas similares: _____ Digitales o medicamentos para enfermedades
 cardiacas: _____ Nitroglicerina: _____ Anticonceptivos orales u otra terapia
 hormonal: _____ Otra droga o medicina: _____
- _____ 38. ¿Es usted **alérgico ó ha reaccionado adversamente** a los siguientes medicamentos?
 Anestesia local: _____ Antibióticos o penicilina: _____ Drogas con solfas: _____
 Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir: _____ Aspirina: _____ Yodo: _____
 Codeína u otros narcóticos: _____
- _____ 39. ¿Es usted alérgico a productos de látex? Alguna otra: _____
- _____ 40. ¿Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen) para su dieta?
- _____ 41. ¿Tiene usted alguna enfermedad condición física o algún problema no enumerado anteriormente que
 usted crea que yo deba saber?
- _____ 42. ¿Está trabajando o está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías o alguna otra
 forma de radiación?
- _____ 43. ¿Usa lentes de contacto?
- _____ 44. ¿Ha tenido? Herpes: _____ Hepatitis: _____ Tuberculosis: _____ HIV / SIDA: _____
- _____ 45. ¿Está usted embarazada?
- _____ 46. ¿Tiene algún problema asociado con su período menstrual?
- _____ 47. ¿Está dando pecho (amamantando)?
- _____ 48. ¿Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental?
 Si contesta afirmativamente, explique: _____
- _____ 49. ¿Qué tan seguido se cepilla los dientes? _____ ¿Cuándo? _____
- _____ 50. ¿Usa hilo dental?
- _____ 51. ¿Le sangran o le duelen sus encías? ¿Qué tan seguido? _____
- _____ 52. ¿Son sus dientes sensibles a lo Caliente? _____ ¿Frío? _____ ¿Dulce? _____ ¿Presión? _____
- _____ 53. ¿Retiene comida en sus dientes?
- _____ 54. ¿Tiene dolores de cabeza? _____ ¿cuello? _____ ¿hombro frecuentemente? _____
- _____ 55. ¿Aprieta o rechina sus dientes?
- _____ 56. ¿Ha tenido algún dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?
- _____ 57. ¿Suenan o cruje su quijada?

Comentarios (solo del Doctor)

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

_____ FIRMA DEL **PACIENTE** o del **tutor legal** (si el paciente es menor de edad)

_____ Fecha