

HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Altura _____ Peso _____
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Date _____

POR FAVOR CIRCULE SUS RESPUESTAS (SI, NO, NA (NINGUNA DE LAS ANTERIORES)) PARA INDICAR SI TIENE, NO TIENE O NO SABE SI HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O PROBLEMAS:

Tiene alguna de estas enfermedades o problemas?

- SI NO NA** Tuberculosis Activa
SI NO NA Tos persistente por mas de tres semanas de duración
SI NO NA Tos con sangre
SI NO NA Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis

Si ha contestado alguna de estas 4 por favor pare en este momento. Hable con su estudiante dentista o con unas de las recepcionistas.

Cual es la impresión acerca de su salud? **BUENA REGULAR PÉSIMA**

Fecha del último examen físico (Mes/Años): ____/____/____

SI NO NA Esta bajo tratamiento medico? Si contesto si, que condicione (s) esta tratando? _____

SI NO NA Ha notado algún cambio en su salud general en el último ano?

Si ha contestado si, cual de estas condiciones:

Corazón/Fiebre Reumática (Especifique): _____

Alergias (Especifique): _____

Tensión Arterial (Especifique): _____

Diabetes (Especifique): _____

Otro (Especifique): _____

SI NO NA Ha tenido alguna operación seria, o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? Si contesto si, cual fue la condición o problema? _____

SI NO NA A tenido un transplante del órgano? Si contesto si, por favor especifique: **CORAZÓN RIÑÓN HÍGADO PULMÓN OTRO (Especifique):** _____

SI NO NA Ha tenido algún reemplazo de articulación (e.g. cadera, rodilla, codo, dedos)?

Si contesto si, cual fue la articulación que se reemplazo? **TOBILLO CODO DEDO CADERA RODILLA HOMBRO OTRO (Especifique):** _____

Si contesto si, cuando fue reemplazada la articulación (Año)? _____

Si contesto si, a tenido alguna complicación? **SI NO NA** Si contesto si, especifique: _____

SI NO NA Ha estado expuesto a radiología o quimioterapia para tratar la condición del crecimiento de tumores?

Radiología: Explique: _____

Quimioterapia: Explique: _____

SI NO NA En los últimos 2 anos, ha tomado esteroides (Ej. cortisona)? Si contesto si, que esteroide (s) y cual dosis? _____

Por cuanto tiempo (meses)? _____

Ha tomado, esta tomando o le toca tomar?

SI NO NA -Bifosfonatos Orales (Alendronato (Fosamax), Ibandronato (Boniva), o Risedronato (Actonel)?

Si contesto si, cual fue la dosis del medicamento y la frecuencia?

Fosamax: Dosis: _____ Frecuencia: _____

Boniva: Dosis: _____ Frecuencia: _____

Actonel: Dosis: _____ Frecuencia: _____

Si contesto si, para que?

Osteoporosis

Enfermedad de Paget

Otro (Especifique): _____

Si contesto si, cuando?

Pasado (Especifique MES/AÑO cuando empezó y cuanto tiempo lo tomo): _____

Presente (Especifique MES/AÑO que comenzó): _____

Horario (Especifique MES/AÑO cuando el tratamiento va a comenzar): _____

SI NO NA Bifosfonatos Inyectables (Pamidronato (Aredia) o Ácido Zoledronico Inyectable (Zometa)?

Si contesto si, que medicamento, dosis y frecuencia?

Aredia: Dosis: _____ Frecuencia: _____

Zometa: Dosis: _____ Frecuencia: _____

Si contesto si, para que toma la medicina?

Dolor de hueso

Hipercalcificado

Complicaciones esqueléticos de la enfermedad de Paget

Complicaciones esqueléticos de múltiple mieloma

Complicaciones esqueléticos de cáncer metastático

Si contesto si, cuando?

Pasado (Especificar cuando comenzó y cuanto tiempo): _____

Presente (Especificar cuando comenzó): _____

Horario (Especificar cuando va a comenzar el tratamiento): _____

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS

CONDICIONES MÉDICAS: Tiene usted o ha tenido alguno de los siguientes problemas, enfermedades o síntomas?

SI NO NA Problemas

Cardiovasculares/Corazón

Si responde sí, por favor especifique:

Fiebre Reumática/Corazón
Endocarditis Infecciosa
Válvulas de Corazón artificial
Defecto congénito de corazón
Soplo en corazón
Prolapso de válvula mitral
Angina del pecho (dolor de pecho)
Ataque cardíaco
Insuficiencia cardíaca
Enfermedad Coronaria
Presión arterial alta
Presión arterial baja
Arterioesclerosis Coronaria
Palpitaciones
Arritmia (sonido irregular de corazón)
Respiración corta
Inflamación de tobillos
Marcapaso
Desfibrilador implantado
Duerme en dos o mas almohadas
Otro (Especifique): _____

SI NO NA Problema respiratorio/Pulmón

Si contesto sí, por favor especifique:

Asma
Enfisema/COPD
Tuberculosis
Sarcoidosis
Neumonía
Sinusitis
Bronquitis
Tos persistente
Apnea
Ronca
Otro (Especifique): _____

SI NO NA Desorden Endocrino

Si contesto sí, por favor especifique:

Diabetes
Tipo 1
Tipo 2
Gestacional
Problemas con la Glándula tiroideo
Hipotiroidismo
Hipertiroidismo
Enfermedad de la glándula suprarrenal
Otro (Especifique): _____

SI NO NA Desorden Urogenital/Riñón

Si contesto sí, por favor especifique:

Piedras en riñón
Falla Renal/Insuficiencia
Diálisis
Próstata
Orina frecuente
Otro (Especifique): _____

SI NO NA Cáncer o tumores

Si contesto sí, por favor especifique:

Maligno
Localización: _____
Benigno
Localización: _____

SI NO NA Problemas neurológicos:

Si contesto sí, por favor especifique:

Ataque Cerebral
Ataque Isquémico Transitorio
Convulsiones/Epilepsia
Esclerosis Múltiple
Enfermedad de Parkinson
Neuropatías
Demencia/Alzheimer (perdida de memoria)
Dolor de cabeza
Desmayos
Debilidad
Sensación de adormecimiento
Enf. psiquiátrica/Desorden de salud mental
Bipolar/Enf. Maníaco-Depresiva
Esquizofrenia
Depresión
Trastorno de estrés postraumático
Trastorno obsesivo-compulsivo
TDA/TDAH (trastorno déficit de atención)
Sentimientos de ansiedad
Sentimientos de depresión
Otro (Especifique): _____

SI NO NA Desorden Hematológica/Sangre

Si contesto sí, especifique:

Anemia
Enf. de la célula falciforme
Rasgo de la célula falciforme
Tromboflebitis de venas profundas
Moretes fácilmente
Leucemia
Linfoblástica agudo
Linfoblástica crónica
Mieloma aguda
Mieloma crónica
Linfoma
Hodgkin
no Hodgkin
Múltiple Mieloma
Problemas de coagulación
Hemofilia
Von Willebrand
Drogas inducidas
Idiopática tromboflebitis púrpura
Talasemia
Otro (Especifique): _____
Otro (Especifique): _____

SI NO NA Desorden Gastrointestinal (GI)

Si contesto sí, por favor especifique:

Cirrosis/Hepatitis Crónica
Ictericia (piel/ojos amarillentos)
Hepatitis
A
B
C
D
Otro (Especifique): _____
Indigestión
Reflujo ácido (GERDS)
Calculo biliar
Úlceras
Enfermedad de Crohn
Síndrome del intestino irritable
Otro (Especifique): _____

SI NO NA Desorden del tejido conectivo/

Músculo esqueléticas

Si contesto sí, por favor especifique:

Artritis
Reumatoides
Osteoartritis
Otra (Especifique): _____
Osteoporosis
Gota
Desorden de la articulación temporomandibular
Lupus
Esclerodermia
Fibromialgia
Otra (Especifique): _____

SI NO NA Enfermedades infecciosa

Si contesto sí, por favor especifique:

VIH
SIDA
ETS (Emf. de transmisión sexual)
Sífilis
Gonorrea
Clamidia
Herpes
Virus del papiloma humano (VPH)
Fuegos
Mononucleosis
Otra (Especifique): _____

SI NO NA Problemas de cabeza/ojos/

oído/garganta

Si contesto sí, por favor especifique:

Problemas de visión
Usa lentes de contacto
Glaucoma
Cataratas
Impedimento para escuchar
Otra (Especifique): _____

SI NO NA Problemas de la piel /

Dermatológicos

Si contesto sí, por favor especifique:

Psoriasis
Otra (Especifique): _____

SI NO NA Desordenes de comida

Si contesto sí, por favor especifique:

Bulimia nerviosa
Anorexia nerviosa
Otra (Especifique): _____

SI NO NA Immunosupresion

SI NO NA Diabetes en la familia

SI NO NA Historia de problema de corazón

SI NO NA Historia de cáncer o tumores en la familia

SI NO NA Tiene usted otro problema o condición que no este en las preguntas de arriba?
Si contesto sí, por favor especifique:

HISTORIA DENTAL

Cual es la razón de su visita dental hoy? **EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO**
Como describe su problema presente? _____
Fecha de su última visita dental (Mes/Año): ____/____/____
Que le hicieron en la visita antes? **EXAMEN EMERGENCIA CONSULTA PROCEDIMIENTO**
Fecha de su ultimo examen dental (Mes/Año): ____/____/____ Fecha de sus ultimas radiografías (Mes/Año): ____/____/____
Fecha de su última limpieza (Mes/Año): ____/____/____

SI NO NA Tiene usted dolor en este momento?
Si contesto si, especifique donde? **ARRIBA DERECHA ARRIBA IZQUIERDA ABAJO DERECHO ABAJO IZQUIERDO**
SI NO NA Tiene sensibilidad a bebidas frías, calientes, dulces o presión? (Especifique): **FRIÓ CALOR DULCES PRESIÓN**
Si contesto si, especifique donde? **ARRIBA DERECHO ARRIBA IZQUIERDO ABAJO DERECHO ABAJO IZQUIERDA**
SI NO NA Tiene problemas cuando come (problemas al masticar, vomitar, etc.)? (Especifique): **MASTICAR VOMITAR OTRO**
SI NO NA Tiene inflamación en o alrededor de su boca, cara o cuello? (Especifique): **BOCA CARA CUELLO**
SI NO NA Tiene algún diente flojo?
SI NO NA Sufre de dolores de cabeza, dolor de oído o dolor de cuello? (Especifique): **DOLOR CABEZA OÍDO CUELLO**
SI NO NA Tiene algún ruido en su quijada? (Especifique): **EL CHASCAR ESTALLAR MALESTAR**
SI NO NA Usted aprieta, bruxa o rechina los dientes? (Especifique): **APRIETA BRUXA/RECHINA AMBOS**
SI NO NA Tiene usted fuegos o ulceras en su boca?
SI NO NA Ha perdido usted algún diente?
SI NO NA Le han sacado dientes o ha tenido cirugía oral (implantes, procedimientos cosméticos o cirugía en la articulación TMJ)?
SI NO NA Ha tenido usted algún tratamiento periodontal (encías)?
SI NO NA Tiene usted puentes o usa dentaduras postizas o parciales? (Especifique): **PUENTES DENTADURAS PARCIALES**
SI NO NA Ha tenido usted tratamiento de endodoncia (matar el nervio)?
SI NO NA Ha tenido usted tratamiento ortodontico (frenos)?
SI NO NA Le han colocado a usted anestesia local (Novocaína) con propósitos dentales?
SI NO NA Si contesto si, ha experimentado algún problema? **SI NO** Si contesto si, especifique: _____
SI NO NA Ha tenido problemas con tratamientos dentales?
Si contesto si, especifique: _____

Cada cuanto se cepilla los dientes?
NUNCA ALGUNAS VECES UNA VEZ AL DIA DOS VECES AL DIA MAS DE DOS VECES AL DIA

Cada cuanto usa hilo dental?
NUNCA ALGUNAS VECES UNA VEZ AL DIA DOS VECES AL DIA MAS DE DOS VECES AL DIA

SI NO NA Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?
SI NO NA Tiene algún obstáculo para cepillarse o cuidar sus dientes?
SI NO NA Se le queda comida o hilo dental entre los dientes?
SI NO NA Es su boca muy seca?
SI NO NA El agua de su casa tiene fluoruros?
SI NO NA Consume agua de botella o filtro? Si contesto si, con que frecuencia: **DIARIO SEMANAL OCASIONALMENTE**
SI NO NA Tiene usted dieta alta en azúcares?
Si contesto si, cual de estos consume mas de una vez al día?
Dulces/Mentas/Chicle
Café/Te con azúcar
Soda gaseosas
Bebidas deportivas
Pastillas para la tos
Otras comidas altas en azúcar

SI NO NA Usted participa en actividades recreacionales o deportes?
SI NO NA Ha tenido alguna lesión seria en su cabeza o boca?
SI NO NA No le gusta su sonrisa o la apariencia de sus dientes?
SI NO NA Esta usted preocupado de perder sus dientes?

Indique en la escala de 0 (no miedo) a 10 (mucho miedo) cuanto miedo le tiene al dentista: _____
Por favor mencione todas las preguntas que tenga acerca de su salud dental: _____

PARA NIÑOS SOLAMENTE:

SI NO NA Es la primera vez que el niño viene al dentista?
SI NO NA Se chupa niño el dedo pulgar/dedos/usa el chupo?
SI NO NA Es el niño extremadamente nervioso en la visita al dentista?
SI NO NA Ha tenido el niño dificultad con visitas pasadas al doctor o hospital?

Cuales son los bocados que su niño come entre comidas? _____

Necesito que un intérprete le ayudara a llenar las formas? **SI NO**
Si usted esta completando estas formas cual es su relación con el paciente? **MADRE PADRE REPRESENTANTE LEGAL OTRO**

Su nombre: _____