

# HISTORIA MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

**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  
Idiopatía 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: \_\_\_\_\_