

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Paciente _____ Apodo _____ Edad _____

Nombre del Médico/y su especialidad _____

Examen físico más reciente _____ Propósito _____

¿Cómo definiría usted su estado general de salud? Excelente Bueno Regular Malo

TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:

- | | SÍ | NO | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. hospitalización por enfermedad o lesión _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. osteoporosis/osteopenia (toma bifosfonatos) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. una reacción alérgica a | | | 27. artritis _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> aspirina, ibuprofeno, acetaminofeno, codeína | | | 28. glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> penicilina | | | 29. lentes de contacto _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> eritromicina | | | 30. lesiones en la cabeza o el cuello _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> tetraciclina | | | 31. epilepsia, convulsiones (ataques) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sulfa | | | 32. problemas neurológicos (trastorno de déficit de atención) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> anestésico local | | | 33. infecciones víricas y herpes labial _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> luoruro | | | 34. cualquier bulto o hinchazón en la boca _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> metales (níquel, oro, plata, _____) | | | 35. urticaria, eczemas cutáneos, fiebre del heno _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> látex | | | 36. enfermedad venérea _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> otros _____ | | | 37. hepatitis (tipo _____) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. problemas cardíacos o cateterización cardíaca en los últimos seis meses _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. VIH/SIDA _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. antecedentes de endocarditis infecciosa _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. tumor, excrecencia anormal _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. válvula cardíaca artificial, defecto cardíaco reparado (FOP) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. terapia de radiación _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. marcapasos o desfibrilador implantable _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. quimioterapia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. prótesis artificial (válvula cardíaca o articulaciones) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. problemas emocionales _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. fiebre reumática o escarlatina _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. tratamiento psiquiátrico _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. presión sanguínea alta o baja _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. medicamentos antidepresivos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. un derrame cerebral (toma anticoagulantes) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. dependencia de alcohol/drogas _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. anemia u otro trastorno de la sangre _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 12. hemorragia prolongada por un pequeño corte _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 13. enfisema _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ESTÁ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES: | | |
| 14. tuberculosis _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. actualmente en tratamiento por otra enfermedad _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. asma _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. ha notado un cambio en su salud general _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. problemas respiratorios o de sueño (ronquido, sinusitis) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. está tomando medicamentos para control del peso (fen-phen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. enfermedad de los riñones _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. toma suplementos dietéticos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. enfermedad del hígado _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. está frecuentemente exhausto/a o fatigado/a _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ictericia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. tiene dolores de cabeza con frecuencia _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. enfermedad de la tiroides o paratiroides _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. es fumador/a o ha fumado anteriormente _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. enfermedad de la tiroides o paratiroides o deficiencia de calcio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. le consideran una persona susceptible _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. colesterol elevado o está tomando estatinas _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. se siente a menudo infeliz o deprimido/a _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. diabetes (HbA1c = _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. MUJERES – toma pastillas para el control de la natalidad _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. úlcera estomacal o duodenal _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. MUJERES – está embarazada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. trastornos digestivos (reflujo gástrico) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. HOMBRES – trastornos de próstata _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Describa cualquier tratamiento médico actual, cirugía inminente u otro tratamiento que pudiera afectar su tratamiento dental.

Anote todos los medicamentos, suplementos y/o vitaminas que tomó en los últimos dos años

Medicamento	Propósito	Medicamento	Propósito
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Pida una hoja adicional si está tomando más de 6 medicamentos

POR FAVOR, COMUNÍQUENOS EN EL FUTURO CUALQUIER CAMBIO EN SU HISTORIA CLÍNICA O EN LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Médico _____ Fecha _____

