

Nombre del Paciente _____	Fecha de Hoy _____
Dirección Residencial _____	Fecha de Nacimiento _____
_____	Teléfono de la Casa _____
Nombre del Trabajo _____	Teléfono Celular _____
_____	Número de Seguro Social _____

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Ultimo Examen _____

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|--|--|--|---|--|--|--|--|-------|--|----|----|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Si afirmativo, ¿cuáles son? _____</p> <p>4. ¿Usted fuma? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Usa usted lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>7. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sí No</td> <td style="width: 33%;">Sí No</td> <td style="width: 33%;">Sí No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína)</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barbitúricos</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedantes</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfa</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yodo</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>8. Si Es Mujer:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%;">Sí</td> <td style="width: 10%;">No</td> </tr> <tr> <td>a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) ¿Está dando el pecho a su bebé?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Sí No | Sí No | Sí No | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yodo | _____ | | Sí | No | a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) ¿Está dando el pecho a su bebé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sí No | Sí No | Sí No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestésicos Locales (por ejemplo, novocaína) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barbitúricos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sedantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamentos a base de sulfa | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yodo | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sí | No | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) ¿Está dando el pecho a su bebé? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

9. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?
- | | | |
|---|--|--|
| Sí No | Sí No | Sí No |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergias |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos/Ataques Repentinos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cansancio Frecuente | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Reciente |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación o implante | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema del Corazón |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infección de SIDA o HIV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ |

Observaciones

¿Cómo encontró nuestra Oficina?

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---|---|--|--|---|--|---|--|--|--|--|--|
| <p style="text-align: center;">Sí No</p> <p>1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. ¿Siente dolor en alguno de los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. ¿Tiene alguna herida o abultamiento en o alrededor de la boca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la cabeza, en el cuello o en la mandíbula? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. ¿Alguna vez ha padecido de alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">a) ¿Ruidos ligeros? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>9. ¿Aprieta o cruje usted los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) ¿Dificultad al abrir o cerrar la boca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) ¿Dificultad al masticar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | a) ¿Ruidos ligeros? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 9. ¿Aprieta o cruje usted los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | c) ¿Dificultad al abrir o cerrar la boca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | d) ¿Dificultad al masticar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | 15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <p style="text-align: center;">Sí No</p> |
| a) ¿Ruidos ligeros? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 8. ¿Padece usted de dolores de cabeza frecuentes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) ¿Dolor (en la articulación, el oído, o en el lado de la cara)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 9. ¿Aprieta o cruje usted los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) ¿Dificultad al abrir o cerrar la boca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 10. ¿Se muerde los labios o el interior de las mejillas con frecuencia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) ¿Dificultad al masticar? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 11. ¿Ha sufrido extracciones difíciles en el pasado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12. ¿Se le ha practicado algún trabajo de ortodoncia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13. ¿Ha sangrado prolongadamente después de una extracción? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14. ¿Ha recibido instrucción sobre el método correcto de cepillarse los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15. ¿Ha recibido instrucción sobre el cuidado de las encías? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

FIRMA **X** _____

Paciente, Madre/Padre, o Responsable Fecha