Willis Family Dental

www.willisfamdental.com

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente:_____
Fecha de nacimiento:_____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?	☐Sí ☐No	En caso afirmativo, sírvase explicar:_____
¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?	☐Sí ☐No	_____
Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel,o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	☐Sí ☐No	_____
Esta usted en una dieta especial?	☐Sí ☐No	
¿Usa tabaco?	☐Sí ☐No	
¿Usted usa sustancias controladas?	☐Sí ☐No	

Mujeres: ¿Está usted
Embarazada o tratando de quedar embarazada? ☐Sí ☐No Toma anticonceptivos orales? ☐Sí ☐No Esta amamantando? ☐Sí ☐No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?
☐Aspirina ☐Penicilina ☐Codeína ☐Acrílico ☐Metálico ☐Látex ☐Anestésicos locales Sulfamida
☐Otros En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	☐Sí ☐No	Cortisona	☐Sí ☐No	Hemofilia	☐Sí ☐No	Tratamiento con radiación	☐Sí ☐No
Enfermedad de Alzheimer's	☐Sí ☐No	Diabetes	☐Sí ☐No	Hepatitis A	☐Sí ☐No	Pérdida de peso reciente	☐Sí ☐No
Anafilaxia	☐Sí ☐No	Drogadicción	☐Sí ☐No	Hepatitis B o C	☐Sí ☐No	Diálisis renal	☐Sí ☐No
Anemia	☐Sí ☐No	Fácilmente pierde el aliento	☐Sí ☐No	Herpes	☐Sí ☐No	Fiebre reumática	☐Sí ☐No
Angina	☐Sí ☐No	Enfisema	☐Sí ☐No	Presión arterial alta	☐Sí ☐No	Reumatismo	☐Sí ☐No
Artritis/Gota	☐Sí ☐No	Epilepsia o convulsiones	☐Sí ☐No	Colesterol Alto	☐Sí ☐No	Escarlatina	☐Sí ☐No
Válvula del corazón artificial	☐Sí ☐No	Sangrado excesivo	☐Sí ☐No	Ronchas o erupción cutánea	☐Sí ☐No	Herpes	☐Sí ☐No
Articulación artificial	☐Sí ☐No	Sed excesiva	☐Sí ☐No	Hipoglucemia	☐Sí ☐No	Enfermedad de células falciformes	☐Sí ☐No
Asma	☐Sí ☐No	Desmayos / vértigo	☐Sí ☐No	Latido irregular del corazón	☐Sí ☐No	Problemas del seno nasal	☐Sí ☐No
Enfermedad arterial	☐Sí ☐No	Tos frecuente	☐Sí ☐No	Problemas de los riñones	☐Sí ☐No	Espina Bífida	☐Sí ☐No
Transfusión de sangre	☐Sí ☐No	Diarrea frecuente	☐Sí ☐No	Leucemia	☐Sí ☐No	Enfermedad estomacal/intestinal	☐Sí ☐No
Problemas respiratorio	☐Sí ☐No	Dolores de cabeza frecuente	☐Sí ☐No	Enfermedades del Hígado	☐Sí ☐No	Ataque fulminante	☐Sí ☐No
Cáncer	☐Sí ☐No	Glaucomas	☑Sí ☐No	Presión arterial baja	☐Sí ☐No	Hinchazón de las extremidades	☐Sí ☐No
Moretonescon facilidad	☐Sí ☐No	Herpes Genital	☑Sí ☐No	Enfermedad pulmonar	☐Sí ☐No	Enfermedad de la Tiroides	☐Sí ☐No
Quimioterapia	☐Sí ☐No	Fiebre del heno	☐Sí ☐No	Prolapso de la válvula mitral	☐Sí ☐No	Amigdalitis	☐Sí ☐No
Dolores en el pecho	☐Sí ☐No	Ataque/Falla del corazón	☐Sí ☐No	Osteoporosis	☐Sí ☐No	Tuberculosis	☐Sí ☐No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	☐Sí ☐No	Soplo cardíaco	☐Sí ☐No	Dolor en la articulacion de la quijada	☐Sí ☐No	Tumores o crecimientos	☐Sí ☐No
Cardiopatía congénita	☐Sí ☐No	Marcapasos en el Corazón	☐Sí ☐No	Enfermedad paratiroidea	☐Sí ☐No	Úlceras	☐Sí ☐No
Convulsiones	☐Sí ☐No	Problemas/Enfermedad del corazón	☐Sí ☐No	Atención Psiquiátrica	☐Sí ☐No	Enfermedad venérea	☐Sí ☐No
						La ictericia amarilla	☐Sí ☐No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor_____ Fecha_____