

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

¿Consulta a algún médico en este momento? Sí No Si responde sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

¿Consulta a un odontólogo? Sí NO Si responde sí, ¿a quién? \_\_\_\_\_

### Historia médica

Medicamentos	Historia médica	Historia odontológica																																																																																																												
Enumere <b>TODOS</b> los medicamentos y las dosis: <b>(incluya anticonceptivos, medicamentos a base de hierbas, vitaminas y cualquier otro medicamento de venta sin prescripción)</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ ¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Actonel, Boniva o algún medicamento similar? Sí No	<b>¿Ha tenido alguno de estos problemas?:</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Asma</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Tos crónica/EPOC</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Tuberculosis</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Enfermedad hepática</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Hepatitis</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Convulsiones/Epilepsia</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Dolor de cabeza/Migraña</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Historial de desmayos</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Enfermedad renal</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Hipertensión</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Cardiopatía/Enfermedad de la válvula</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Marcapasos</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Colesterol alto</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Apoplejía</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Cáncer</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Radio o quimioterapia</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Depresión/Ansiedad</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Bipolar</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Esquizofrenia</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>VIH/SIDA</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Hemorragia o trastornos sanguíneos</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Historial de coágulos de sangre</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Transfusión de sangre</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Enfermedad de la tiroides</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Historial de cirugías oculares</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Glaucoma</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Pérdida o deficiencia auditiva</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Dolor de espalda o articulaciones</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Articulaciones artificiales</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Osteoporosis/Pérdida ósea</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Dependencia de drogas o alcohol</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Enfermedades de transmisión sexual:</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>_____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Otro: _____</td><td></td><td></td></tr> </table>	Asma	Sí	No	Tos crónica/EPOC	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	Enfermedad hepática	Sí	No	Hepatitis	Sí	No	Convulsiones/Epilepsia	Sí	No	Dolor de cabeza/Migraña	Sí	No	Historial de desmayos	Sí	No	Enfermedad renal	Sí	No	Diabetes	Sí	No	Hipertensión	Sí	No	Cardiopatía/Enfermedad de la válvula	Sí	No	Marcapasos	Sí	No	Colesterol alto	Sí	No	Apoplejía	Sí	No	Cáncer	Sí	No	Radio o quimioterapia	Sí	No	Depresión/Ansiedad	Sí	No	Bipolar	Sí	No	Esquizofrenia	Sí	No	VIH/SIDA	Sí	No	Hemorragia o trastornos sanguíneos	Sí	No	Historial de coágulos de sangre	Sí	No	Transfusión de sangre	Sí	No	Enfermedad de la tiroides	Sí	No	Historial de cirugías oculares	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Pérdida o deficiencia auditiva	Sí	No	Dolor de espalda o articulaciones	Sí	No	Articulaciones artificiales	Sí	No	Osteoporosis/Pérdida ósea	Sí	No	Dependencia de drogas o alcohol	Sí	No	Enfermedades de transmisión sexual:			_____			_____			Otro: _____			Última consulta odontológica: _____ ¿Tiene ansiedad por ir al odontólogo? Sí No Preocupaciones dentales ahora: Sí No Si responde sí, ¿cuáles? _____ _____ ¿Actualmente tiene <b>DOLOR</b> ? Sí No Adormecimiento o dolor en: <b>CARA / CUELLO / BOCA</b> ¿Tiene algún diente <b>FLOJO</b> ? Sí No ¿Le <b>SANGRAN</b> las encías? Sí No ¿ <b>APRIETA</b> o <b>RECHINA</b> los dientes? Sí No ¿Usa <b>PRÓTESIS DENTALES</b> ? Sí No Si responde sí, <b>Parciales</b> o <b>Completas</b> ¿Ha tenido <b>frenos</b> ? Sí No ¿ <b>Ronca</b> ? Sí No Dolor/Lesiones más de 2 semanas Sí No ¿Tiene ronquera crónica? Sí No ¿Con qué frecuencia se cepilla? _____ x Día/ Semanalmente ¿Con qué frecuencia usa con hilo dental? _____ x Día/ Semanalmente ¿Bebe habitualmente?: Refrescos: _____ x Día No Jugo: _____ x Día No Bebidas energéticas: _____ x Día No <b>Otros antecedentes médicos</b> ¿Ha tenido alguna hospitalización o cirugía? Sí No Indique el motivo y la fecha a continuación: _____ Fecha: _____ _____ Fecha: _____ _____ Fecha: _____ _____ Fecha: _____
Asma	Sí	No																																																																																																												
Tos crónica/EPOC	Sí	No																																																																																																												
Tuberculosis	Sí	No																																																																																																												
Enfermedad hepática	Sí	No																																																																																																												
Hepatitis	Sí	No																																																																																																												
Convulsiones/Epilepsia	Sí	No																																																																																																												
Dolor de cabeza/Migraña	Sí	No																																																																																																												
Historial de desmayos	Sí	No																																																																																																												
Enfermedad renal	Sí	No																																																																																																												
Diabetes	Sí	No																																																																																																												
Hipertensión	Sí	No																																																																																																												
Cardiopatía/Enfermedad de la válvula	Sí	No																																																																																																												
Marcapasos	Sí	No																																																																																																												
Colesterol alto	Sí	No																																																																																																												
Apoplejía	Sí	No																																																																																																												
Cáncer	Sí	No																																																																																																												
Radio o quimioterapia	Sí	No																																																																																																												
Depresión/Ansiedad	Sí	No																																																																																																												
Bipolar	Sí	No																																																																																																												
Esquizofrenia	Sí	No																																																																																																												
VIH/SIDA	Sí	No																																																																																																												
Hemorragia o trastornos sanguíneos	Sí	No																																																																																																												
Historial de coágulos de sangre	Sí	No																																																																																																												
Transfusión de sangre	Sí	No																																																																																																												
Enfermedad de la tiroides	Sí	No																																																																																																												
Historial de cirugías oculares	Sí	No																																																																																																												
Glaucoma	Sí	No																																																																																																												
Pérdida o deficiencia auditiva	Sí	No																																																																																																												
Dolor de espalda o articulaciones	Sí	No																																																																																																												
Articulaciones artificiales	Sí	No																																																																																																												
Osteoporosis/Pérdida ósea	Sí	No																																																																																																												
Dependencia de drogas o alcohol	Sí	No																																																																																																												
Enfermedades de transmisión sexual:																																																																																																														
_____																																																																																																														
_____																																																																																																														
Otro: _____																																																																																																														
Alergias del paciente																																																																																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Penicilina/Amoxicilina:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Eritromicina:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Sulfas:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Anestesia local:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Codeína:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Aspirina/Ibuprofeno:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Látex:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Otro medicamento: _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Alimentos: _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Factores ambientales: _____</td><td></td><td></td></tr> </table>	Penicilina/Amoxicilina:	Sí	No	Eritromicina:	Sí	No	Sulfas:	Sí	No	Anestesia local:	Sí	No	Codeína:	Sí	No	Aspirina/Ibuprofeno:	Sí	No	Látex:	Sí	No	Otro medicamento: _____			Alimentos: _____			Factores ambientales: _____																																																																																		
Penicilina/Amoxicilina:	Sí	No																																																																																																												
Eritromicina:	Sí	No																																																																																																												
Sulfas:	Sí	No																																																																																																												
Anestesia local:	Sí	No																																																																																																												
Codeína:	Sí	No																																																																																																												
Aspirina/Ibuprofeno:	Sí	No																																																																																																												
Látex:	Sí	No																																																																																																												
Otro medicamento: _____																																																																																																														
Alimentos: _____																																																																																																														
Factores ambientales: _____																																																																																																														
Historial de vacunas																																																																																																														
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Vacuna contra la neumonía:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Fecha: _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vacuna contra el tétano:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Fecha: _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vacuna contra la influenza:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Fecha: _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Vacuna contra el herpes zóster:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Fecha: _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Serie hepatitis B:</td><td style="text-align: center;">Sí</td><td style="text-align: center;">No</td></tr> <tr><td>Fecha: _____</td><td></td><td></td></tr> </table>	Vacuna contra la neumonía:	Sí	No	Fecha: _____			Vacuna contra el tétano:	Sí	No	Fecha: _____			Vacuna contra la influenza:	Sí	No	Fecha: _____			Vacuna contra el herpes zóster:	Sí	No	Fecha: _____			Serie hepatitis B:	Sí	No	Fecha: _____																																																																																		
Vacuna contra la neumonía:	Sí	No																																																																																																												
Fecha: _____																																																																																																														
Vacuna contra el tétano:	Sí	No																																																																																																												
Fecha: _____																																																																																																														
Vacuna contra la influenza:	Sí	No																																																																																																												
Fecha: _____																																																																																																														
Vacuna contra el herpes zóster:	Sí	No																																																																																																												
Fecha: _____																																																																																																														
Serie hepatitis B:	Sí	No																																																																																																												
Fecha: _____																																																																																																														



