

HISTORIA MÉDICA Y DENTAL (2023)

Nombre del paciente: _____ DOB: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Elija uno:

_____ Indio americano/nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro/Afroamericano _____ Más de una carrera

_____ Nativo Hawaiano _____ Otros isleños del Pacífico _____ Blanco _____ Hispano/Latino

HISTORIAL MÉDICO:

¿Está usted bajo el cuidado de un médico? ___ Sí ___ No

En caso afirmativo, ¿por qué razón? _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección del médico: _____

¿Cuándo fue su última visita? _____

¿Está tomando actualmente algún medicamento recetado? Por favor enumere: _____

¿Está tomando actualmente algún medicamento, vitaminas o suplementos de venta libre? Por favor enumere: _____

¿Es alérgico (o tiene una reacción adversa, urticaria, sarpullido, etc.) a algún medicamento?

Penicilina Codeína Anestesia local Aspirina Ninguno

Otros medicamentos : _____

¿Es sensible o alérgico al látex?? (I.e. Experimentó picazón, sarpullido o sibilancias después de usar guantes de látex o manipular un globo). En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Ha tenido alguna reacción inusual o inexplicable durante un procedimiento quirúrgico? En caso afirmativo, sírvase explicar: _____

¿Alguna vez un proveedor médico le ha dicho que tiene lo siguiente: (Sí or No)

___ Soplo cardíaco

___ Fiebre reumática

___ Cardiopatía reumática

___ Fibrilación auricular

___ Cardiopatía congénita

___ Prolapso de la válvula mitral

___ Presión arterial alta/hipertensión

___ Dolor en el pecho/angina

___ Golpe

___ Infarto

___ Enfisema/EPOC

___ Enfermedad pulmonar

___ Asma

___ Anorexia

___ Bulimia

___ Otro Condiciones: _____

___ Artritis/Reumatismo

___ Tuberculosis

___ Diabetes En caso afirmativo, ¿HbA1C reciente? _____

___ Epilepsia

___ Convulsiones/convulsiones

___ Cáncer En caso afirmativo, de qué tipo/dónde? _____

___ Problemas renales

___ Herpes (HSV1, HSV2, herpes labial, ampollas febriles)

___ Clamidia

___ Sífilis

___ Hepatitis A ___ B ___ C ___

___ VPH

___ Gonorrea

___ VIH/SIDA En caso afirmativo, CD4? _____

___ ViralLoad? _____ ANC? _____

___ Osteoporosis

___ Enfermedad tiroidea Hypo ___ hiper ___

___ Colesterol alto

___ Enfermedad hepática

___ Aprendizaje

___ Condiciones de salud mental

___ Ansiedad

___ Dolores de cabeza frecuentes

___ Hemofilia

___ Anemia

___ Sangrado/moretos excesivos

___ Enfermedad de células falciformes

___ Problemas sinusales

___ Dependencia del alcohol

___ Dependencia química

___ Úlceras En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

___ Glaucoma

___ Reflujo ácido/ERGE

___ Apnea del sueño

¿Alguna vez ha recibido lo siguiente (Sí o No)

___ Fecha de la cirugía cardíaca:

Fecha : _____

___ Válvula cardíaca artificial

___ Marcapasos cardíaco

___ Medicina con cortisona

___ Cirugía de vesícula biliar

___ Implantes protésicos

___ Articulaciones artificiales Si es así, qué articulación y ¿cuando? _____

___ Uso de bifosfonatos (Alendronato/Fosamax, Risedronato/Actonel, Ibandronato/Boniva, etc.)

___ Diálisis

___ Extirpación del bazo

___ Radioterapia En caso afirmativo, ¿ubicación? _____

___ Quimioterapia

___ Transfusión de sangre

¿Ha tenido alguna enfermedad grave, hospitalización o accidente? En caso afirmativo, explique:

¿Utilizas actualmente alguno de estos productos? Cigarrillos Cigarros Pipa Masticar/mojar tabaco

Vape/Cigarrillos electrónicos Ninguno

¿Ha usado productos de tabaco en el pasado? ___ Sí ___ No; En caso afirmativo, ¿Cuándo dejaste de fumar?

Cualquier uso de drogas recreativas? Medicamentos para el dolor (no recetados por un médico, por ejemplo: Vicodin, Norco, heroína,

fentanilo) Marihuana Cocaína **Metanfetamina** **Estimulantes** (no recetados por un médico. ej: Adderall, Ritalin, etc.) **Alucinógenos** (ej: LSD,

PCP, etc.) **Sedantes** (no recetados por un médico, por ejemplo: Valium, Klonopin, Xanax, Halcion)

¿Con qué frecuencia tomas una copa de cerveza, vino o alcohol? ___ diario ___ 2-3 veces por semana ___ mensual ___ nunca

MUJERES: ¿Está embarazada? ___ Sí ___ No ¿Anticipa quedar embarazada? ___ Sí ___ No

¿Estás amamantando? ___ Sí ___ No ¿Toma medicamentos anticonceptivos? ___ Sí ___ No

HISTORIAL DENTAL:

¿Cuándo fue la última vez que vio a un dentista: _____

¿Tiene algún problema dental ahora? ___ Sí ___ No En caso afirmativo, sírvase describir:

¿Hay algo que le preocupe acerca de recibir atención dental? ___ Sí ___ No En caso afirmativo, explique:

Cualquier sensibilidad a Frío Caliente Dulces Masticar

¿Tiene alguno de los siguientes: Encías sangrantes Mal aliento Rechinar los dientes por la noche Hacer clic en la mandíbula

¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes?? _____

¿Con qué frecuencia usa hilo dental?? _____

¿Qué otras ayudas utilizan? (Cepillo de dientes eléctrico, palillo de dientes, etc.) _____

Comentarios: _____