

# HISTORIA MÉDICA Y DENTAL (2024)

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 En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Infarto En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

\_\_\_ 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

\_\_\_ Enfermedad renal En caso afirmativo, ¿en qué etapa? \_\_\_\_\_

\_\_\_ 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)

¿Tomas cerveza, vino o alcohol? \_\_\_ Sí \_\_\_ No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_