

# Historia Médica

Spanish

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ No. de Ident. del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No Por favor escriba el nombre su doctor primario \_\_\_\_\_ ¿Han
2. Sí No habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?  
¿Si Sí, por qué? \_\_\_\_\_
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
Fecha de su último examen médico: \_\_\_\_\_ Fecha de su última cita  
dental: \_\_\_\_\_
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No

## II. HA NOTADO: ¿Tiene algún dolor ahora?

- |   |   |
|---|---|
| 7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)?                              | 18. Sí No ¿Mareos?                                |
| 8. Sí No ¿Los tobillos hinchados?                               | 19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos?        |
| 9. Sí No ¿Falta de aliento?                                     | 20. Sí No ¿Dolores de cabeza?                     |
| 10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Sí No ¿Desmayos?                              |
| 11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre?                    | 22. Sí No ¿Vista borrosa?                         |
| 12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes?                  | 23. Sí No ¿Convulsiones?                          |
| 13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)?                       | 24. Sí No ¿Sed excesiva?                          |
| 14. Sí No ¿Dificultad al tragar?                                | 25. Sí No ¿Orina con frecuencia?                  |
| 15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces?         | 26. Sí No ¿Boca seca?                             |
| 16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas?                     | 27. Sí No ¿Ictericia?                             |
| 17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?            | 28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

## III. ¿O HA TENIDO:

- |   |  |
|---|--|
| 29. Sí No ¿Enfermedades del corazón?                                    | 40. Sí No ¿SIDA?   |
| 30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?                  | 41. Sí No ¿Tumores, cáncer?                                    |
| 31. Sí No ¿Soplos en el corazón?  | 42. Sí No ¿Artritis, reuma?                                    |
| 32. Sí No ¿Fiebre reumática?  | 43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos?                           |
| 33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?                   | 44. Sí No ¿Enfermedades de la piel?                            |
| 34. Sí No ¿Presión sanguínea alta?                                      | 45. Sí No ¿Anemia?   |
| 35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)?         |
| 36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?                    | 47. Sí No ¿Herpes?   |
| 37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras?                             | 48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?               |
| 38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex?            | 49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales? |
| 39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores?      | 50. Sí No ¿Diabetes?   |

## VI. TIEN ¿O HA TENIDO:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| 51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico?       | 56. Sí No ¿Hospitalizaciones?       |
| 52. Sí No ¿Tratamientos de radiación?      | 57. Sí No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Sí No ¿Quimioterapia?                  | 58. Sí No ¿Cirugías?                |
| 54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Sí No ¿Marcapasos?              |
| 55. Sí No ¿Articulación artificial?        | 60. Sí No ¿Lentes de contacto?      |

## V. ESTÁ TOMANDO:

- |   |   |
|---|---|
| 61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo?  | 63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo?      |
| 62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: \_\_\_\_\_

## VI. SÓLO PARA MUJERES:

- |  |  |
|--|--|
| 65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

## VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

*Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.*

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**REVISIÓN SUPLEMENTARIA:**

1. Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

2. Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

3. Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_