

# Historia Médica

Spanish

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ kg

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

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Ha habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado(a) o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?  
¿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 ¿Tiene algún dolor ahora?

## II. HA NOTADO:

7. Sí No ¿Fiebre Reumática o Enfermedad del corazón?
8. Sí No ¿Ha tenido un soplo cardiaco?
9. Sí No ¿Cardiopatía Congénita?
10. Sí No ¿Influencia cardiaca congestiva?
11. Sí No ¿Angina (Dolores de pecho)?
12. Sí No ¿Ataque al corazón? Cuando (fecha o año) \_\_\_\_\_

## III. TIENE O HA TENIDO:

13. Sí No ¿Alta presión sanguínea?
14. Sí No ¿Alto colesterol?
15. Sí No ¿Derrame cerebral?
16. Sí No ¿Asma?
17. Sí No ¿EPOC para tratar Bronquitis o Enfisema?
18. Sí No ¿Neumonía o tuberculosis?
19. Sí No ¿Apnea obstructiva del sueño? Usa CPAP? \_\_\_\_\_
20. Sí No ¿Incautación o Epilepsia?
21. Sí No ¿Síncope (Desmayos) o mareos?
22. Sí No ¿Autismo?
23. Sí No ¿Anemia?
24. Sí No ¿Transfusión de sangre?
25. Sí No ¿Enfermedad de hígado (Ictericia, Hepatitis A, B, o C)?
26. Sí No ¿Diabetes?
27. Sí No ¿Enfermedad del riñón?  
¿Cuándo tiene Diálisis? L M M J V S D
28. Sí No ¿Enfermedad de tiroides?
29. Sí No ¿Artritis?
30. Sí No ¿Úlceras estomacal o colitis?
31. Sí No ¿Osteoporosis o Osteopenia?
32. Sí No ¿Operación de trasplante que ha deprimido su sistema inmunológico?
33. Sí No ¿Glaucoma?
34. Sí No ¿El rasgo de células falciformes?
35. Sí No ¿Ansiedad?
36. Sí No ¿Sida?
37. Sí No ¿El Trastorno Por Déficit De Atención e Hiperactividad? (ADHD/ADD)
38. Sí No ¿Tratamiento de radiación o quimioterapia? ¿Si sí, cuando? \_\_\_\_\_
39. Sí No ¿Depresión, bipolar, o problemas psiquiátricos?
40. Sí No ¿Cirugías? ¿Si sí, de qué y cuándo? \_\_\_\_\_
41. Sí No ¿Válvula artificial del corazón?
42. Sí No ¿Problemas Nasales?
43. Sí No ¿Alergias a medicamentos, comidas, látex? Por favor liste: \_\_\_\_\_
44. Sí No ¿Sonidos en la quijada?

## IV. ESTA TOMANDO:

45. Sí No ¿Drogas de uso recreativo?
46. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo o fumar?
47. Sí No ¿Remedios caseros, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? Liste por favor: \_\_\_\_\_
48. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?

## V. SOLO PARA MUJERES:

49. Sí No ¿Está embarazada o podría estar embarazada?
50. Sí No ¿Está dando pecho?
51. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

## VI. PARA TODOS LOS PACIENTES:

52. 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. Infórmame a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo*

Firma del paciente/guardián/tutor \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

## REVISION SUPLEMENTARIA:

Firma del Paciente/Guardian/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Doctor's Initials \_\_\_\_\_

**VII. LISTA DE MEDICAMENTOS QUE USTED ESTA TOMANDO:**

NINGUN MEDICAMENTO

_____ <u>mg</u>	_____ <u>mg</u>
_____ <u>mg</u>	_____ <u>mg</u>
_____ <u>mg</u>	_____ <u>mg</u>
_____ <u>mg</u>	_____ <u>mg</u>
_____ <u>mg</u>	_____ <u>mg</u>
_____ <u>mg</u>	_____ <u>mg</u>

I ¿Está o ha tomado bisfosfonatos para la osteoporosis, mieloma múltiple o otros tipos de cáncer:

Pamidronate (APD, Aredia).....Si No	Zoledronate (Zometa, Aclasta).....Si No
Neridronate (Nerixia).....Si No	Etidronate (Didronel) .....Si No
Olpadronate ..... Si No	Clodronate (Benefos, Loron)..... Si No
Alendronate (Fosamax).....Si No	Tiludronate (Skelid).....Si No
Ibandronate (Boniva)..... Si No	Denosumab (Xgeva, Prolia)..... Si No
Risedronate (Actonel)..... Si No	

II Si es así, ¿Cuánto tiempo ha estado tomándolo? \_\_\_\_\_

¿Ha olvidado incluir algo de lo siguiente?

- A. Si No ¿Antibiótico que esté tomando?
- B. Si No ¿Medicamentos para dolor?
- C. Si No ¿Esteroides? (cortisone, prednisone, etc.)
- D. Si No ¿Nitroglicerina, Digitalis, Inderal, u otros medicamentos para el corazón?
- E. Sí No ¿Alguna vez le han dicho que no debe tomar un medicamento?

F. Anticoagulantes:

Aspirina.....Si No	Edoxaban (Savaysa).....Si No
Apixaban (Eliquis).....Si No	Enoxaparin (Lovenox).....Si No
Clopidogrel (Plavix).....Si No	Rivaroxaban (Xarelto).....Si No
Dabigatran (Praxadia).....Si No	Warfarin (Coumadin).....Si No
Brilinta (Ticagrelor).....Si No	

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Guardián/Tutor

\_\_\_\_\_  
Doctor's Initials