

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

# HISTORIA DE SALUD

## HISTORIA CLINICA DENTAL

Razon de la visita: \_\_\_\_\_ Cuando fue por ultima vez a un dentista: \_\_\_\_\_

Nombre de su dentista anteriormente: \_\_\_\_\_ Fecha de ultima radiografia: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Marque (/) si le aplican a usted:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal Aliento                     | <input type="checkbox"/> Rechina los dientes        | <input type="checkbox"/> Sensible al calor                  |
| <input type="checkbox"/> Sangran fácilmente las encías   | <input type="checkbox"/> Dientes flojos o quebrados | <input type="checkbox"/> Sensible a lo dulce                |
| <input type="checkbox"/> Clic en la mandibula            | <input type="checkbox"/> Tratamiento de las encías  | <input type="checkbox"/> Sensible cuando come               |
| <input type="checkbox"/> Comida coletando en los dientes | <input type="checkbox"/> Sensible al frio           | <input type="checkbox"/> Sensibilidad o lesiones en la boca |

## HISTORIA CLINICA

Nombre del medico: \_\_\_\_\_ Ultima visita: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez a fumado fuma?  Si  No

¿Ha alguna vez sufrido de una enfermeda seria o operación?  Si  No

¿Ha tenido una trasfusión de sangre?  Si  No

(Mujer) ¿Esta embarazada?  Si  No ¿Lactancia?  Si  No ¿Tomando medicamento anticonceptivos?  Si  No

Marque (/) si a tenido o tiene una de los segientes:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> lesiones del corazon      | <input type="checkbox"/> Hepatsis                      | <input type="checkbox"/> Escarlatina         |
| <input type="checkbox"/> Artritis                    | <input type="checkbox"/> Tramamentos de esteroides | <input type="checkbox"/> Hernia                        | <input type="checkbox"/> Prob. Respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulacione: | <input type="checkbox"/> Tos Constantemente        | <input type="checkbox"/> Presion alta                  | <input type="checkbox"/> Prob. Con la piel   |
| <input type="checkbox"/> articulaciones artificales  | <input type="checkbox"/> Tos con sangre            | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH+                     | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral    |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Diabetes                  | <input type="checkbox"/> Dolor de mandibula            | <input type="checkbox"/> Pies Hinchados      |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la espalda    | <input type="checkbox"/> Epilepsia                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal              | <input type="checkbox"/> Prob. De Tiroides   |
| <input type="checkbox"/> Hemorragias                 | <input type="checkbox"/> Desmayos                  | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos           | <input type="checkbox"/> Tabaquismo          |
| <input type="checkbox"/> Prob. De sangre             | <input type="checkbox"/> Glaucoma                  | <input type="checkbox"/> Prolapso de la valvula mitral | <input type="checkbox"/> Anginas             |
| <input type="checkbox"/> Cancer                      | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza           | <input type="checkbox"/> Marcapasos                    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis        |
| <input type="checkbox"/> Adiccion a drogas           | <input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco            | <input type="checkbox"/> Radioterapia                  | <input type="checkbox"/> Ulcera              |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia               | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos       | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar           | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea  |
| <input type="checkbox"/> Prob. Circulatorios         | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 | <input type="checkbox"/> Fiebre Reunatica              |  |

Lista de medicamentos que esta tomando:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ALERGIAS:

- |   |   |                                 |                                |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirinas                  | <input type="checkbox"/> Anestesticos locales | <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Otro. |
| <input type="checkbox"/> Barbiturates (para dormir) | <input type="checkbox"/> Penicilina           | <input type="checkbox"/> Latex  |                                |
| <input type="checkbox"/> Codeina                    | <input type="checkbox"/> Sulfa                | <input type="checkbox"/> Nada   |                                |

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informare a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografias y un examen oral.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/madre si el paciente es menor de edad

\_\_\_\_\_  
Fecha