

HISTORIAL MÉDICO PARA ADULTO (Para pacientes 18 años de edad o más)

Nombre de el Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

- | | | |
|--|----|----|
| 1. Está en buena salud general? | Sí | No |
| 2. Han habido cambios en su salud durante el último año? | Sí | No |
| 3. Ha estado hospitalizado/a o ha tenido una enfermedad grave en los últimos tres años?
Si Sí, por qué? _____ | Sí | No |
| 4. Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?
Si Sí, para qué? _____ Nombre de Doctor: _____ | Sí | No |
| 5. Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado? | Sí | No |
| 6. Tiene algún dolor ahora? | Sí | No |

II. HA NOTADO:

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

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | | | | | |
|---|----|----|-----------------------------------|----|----|
| 29. Enfermedades del corazón? | Sí | No | 40. SIDA? | Sí | No |
| 30. Infartos de corazón, defectos en el corazón ? | Sí | No | 41. Tumores, Cáncer? | Sí | No |
| 31. Soplos en el corazón? | Sí | No | 42. Artritis, Reuma? | Sí | No |
| 32. Fiebre reumática? | Sí | No | 43. Enfermedades de los ojos? | Sí | No |
| 33. Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | Sí | No | 44. Enfermedades de la piel? | Sí | No |
| 34. Presión sanguínea alta? | Sí | No | 45. Anemia? | Sí | No |
| 35. Asma, tuberculosis, enfesima? | Sí | No | 46. Enfermedades venéreas? | Sí | No |
| 36. Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | Sí | No | 47. Herpes? | Sí | No |
| 37. Problemas del estómago, úlceras ? | Sí | No | 48. Enfermedades renales, vejiga? | Sí | No |
| 38. Alergias a remedios, comidas, medicamento, latex? | Sí | No | 49. Enfermedades de tiroides? | Sí | No |
| 39. Diabetes? | Sí | No | | | |
| 50. Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | | | | Sí | No |

IV. TIENE O HA TENIDO:

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

V. ESTÁ TOMANDO?

- | | | | | | |
|-------------------------------|----|----|------------------------------------|----|----|
| 61. Drogas de uso recreativo? | Sí | No | 63. Tabaco de cualquier tipo? | Sí | No |
| 62. Medicamentos sin receta? | Sí | No | 64. Alcohol (bebidas alcohólicas)? | Sí | No |
- Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

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

VI. PARA TODOS LOS PACIENTES:

- | | | |
|--|----|----|
| 67. Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO esta en esta forma?
Si Sí, explique : _____ | Sí | No |
|--|----|----|

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 de paciente: _____ Fecha de hoy: _____