

Historia Medica

Clínica de Terapia Dental de Metropolitan State University

Por favor llene la historia medica honesta y completamente. Algunas condiciones de salud y medicamentos pueden afectar su salud oral y el cuidado que proporcionamos. Nuestra oficina se guía por las pólizas escritas y procedimientos para proteger la privacidad de su información de salud. Si necesita ayuda completando este formulario o tiene alguna pregunta acerca de la misma por favor déjeselo saber a su proveedor.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____

Preguntas generales de salud:		
¿Está bajo el cuidado de algún doctor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No Si la respuesta fue si, por favor describa:
¿Ha sido hospitalizado en el último año?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No Si la respuesta fue si por favor describa:
¿Ha tenido alguna operación sería?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No Si la respuesta fue si, por favor describa:
¿Ha tomado alguna vez medicamentos para la osteoporosis?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No Si la respuesta fue si, por favor describa:
¿Alguna vez le han dicho que necesita tomar un antibiótico ANTES de algún tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No Si la respuesta fue si, por favor describa:

Medicamentos
¿Actualmente está tomando algún medicamento, pastillas, vitaminas o suplementos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta fue si, por favor enliste el nombre, dosis y hora del día en la que toma sus medicamentos, pastillas, vitaminas y/o suplementos:

Alergias
¿Tiene alergias de temporada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez usted o alguien de su familia ha tenido alguna reacción a la anestesia general o local? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es alérgico(a) a cualquiera de los siguientes? (cheque todos los que aplique)
<input type="checkbox"/> Aspirina <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Ibuprofeno <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Látex <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Anestesia Local
<input type="checkbox"/> Antibióticos <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Opioides <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Codeína <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> Comida (Gluten, moluscos, nueces, etc.)
¿Es alérgico(a) o sensible alguna otra substancia? ¿Cual?

Historia Medica

Clínica de Terapia Dental de Metropolitan State University

Mujeres, Esta:		
Embarazada/Tratando de embarazarse? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Lactando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tomando anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Condiciones Medicas	
Actualmente está tomando o ha tomado cualquiera de los siguientes:	
1. Artritis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2. Problemas del Hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. Cirugía del Corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	4. Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. Historia de Endocarditis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	6. Quimioterapia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. Marcapasos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	8. Terapia de Radiación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9. Insuficiencia Cardíaca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	10. Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11. Ataque al Corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	12. Problemas Renales/Riñón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13. Válvula cardíaca dañada o artificial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	14. Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15. Prolapso de la Válvula Mitral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	16. Terapia de Bifosfonato <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
17. Angina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	18. Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
19. Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	20. Sudoraciones Nocturnas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
21. Presión Alta o Baja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	22. Tos Persistente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
23. Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	24. Tos con Sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
25. Trasplante de Órgano <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	26. Problemas de Pulmón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
27. Trastorno de Salud Mental <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	28. Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
29. Anemia Drepanocítica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	30. Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
31. Trastornos de Sangrado (Hemofilia, sangrado excesivo, etc.) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	32. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
33. Epilepsia y/o Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	34. Enfermedad Autoinmune <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
35. Esclerosis Múltiple <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	36. Discapacidad de Desarrollo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
37. Alzheimer 's <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	38. Problemas de la Tiroides <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
39. Espina Bífida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	40. Problemas Sinusales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
41. Inflamación de las Articulaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	42. Reemplazo de Articulaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
43. Hepatitis A, B o C <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	44. Glaucoma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor mencione alguna otra condición(es) o enfermedad seria que padezca que no haya sido mencionada en la lista:	

