



**FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA DENTAL**  
**Por Favor Conteste Todas Las Preguntas. Escribir Con Letra De Imprenta.**

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 APELLIDO NOMBRE MI Fecha De Hoy:: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Información Dental-

Motivo por la visita el día de hoy al dentista: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita con el dentista: \_\_\_\_\_ Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Tiene usted miedo o ansiedad al dentista relacionada por alguna experiencia con el anterior dentista? SI NO

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:  Sensibilidad  Zonas adoloridas en la boca  
 Encías Sangrando  Dolor en las orejas o cerca de las orejas  Mal Aliento  Sensibilidad a lo caliente, frío o dulces

En escala de 1-10, circule el nivel de su dolor. No Duele Poco 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho

Ha tenido graves problemas asociados con algun tratamiento dental anterior? SI NO

Si es así, por favor explique:: \_\_\_\_\_

Esta usando un aparato dental removible? SI NO

Información Médica-

ALERGIAS: Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos? En caso affirmative, por favor, indique en la línea qué tipo de reacción (erupción cutánea, ronchas, etc.)

Aspirina, Ibuprofeno	SI	NO _____	Látex	SI	NO _____
Barbituridos; sedantes; o pastillas para dormir	SI	NO _____	Anestésico Local	SI	NO _____
Codeína u otro narcótico	SI	NO _____	Acrílico	SI	NO _____
Yodo	SI	NO _____	Metales	SI	NO _____
Penicilina, Keflex (Cefalexina), u otros antibioticos (Listado)			Si es así, explique _____		
_____	SI	NO	Otros (listado) _____	SI	NO
Tylenol (Acetaminofeno)	SI	NO	_____	SI	NO

MEDICAMENTOS: Por favor liste todos los medicamentos, incluyendo los medicamentos que no necesitan receta: (si necesita más espacios por favor pida en la recepcion una forma adicional).

Nombre Del Medicamento	Cantidad/Dosis	Frecuencia (cuantas veces la toma)	Prescrita por: Nombre Del Doctor	Razon para que tome este medicamento

Usted Fuma? SI NO Usted usa Tabaco de mascar? SI NO  
 Actualmente toma o ha tomado sustancias controladas (drogas) SI NO Tiene Buena salud? SI NO  
 Ha tenido algun cambio en su estado general de salud en el último año? SI NO  
 Esta usted bajo cuidado con algun médico? SI NO Si es así, cual es la condición por la cual lo estan atendiendo?

Nombre y numero telefonico de su médico: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna grave enfermedad, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? SI NO

Si es así por favor mencione los detalles de la operación o enfermedad: \_\_\_\_\_

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

1. Alguna vez el médico le ha aconsejado tomar antibióticos antes de procedimientos dentales? SI NO
2. Esta usted tomando o le han advertido de tomar medicamentos para enfermedad de los huesos? SI NO
  - a. Si es así, esta tomando o ha tomado los siguientes medicamentos?

<input type="checkbox"/> Actonel (Risedronate)	<input type="checkbox"/> Boniva (Ibandronate)	<input type="checkbox"/> Fosamax or Fosamax Plus D (Alendronate)
<input type="checkbox"/> Skelid (Tiludronate)	<input type="checkbox"/> Didronel (Etidronate)	<input type="checkbox"/> Otro _____
3. Alguna vez le han administrado alguna de las siguientes drogas por vía intravenosa para tratamiento de cancer?

<input type="checkbox"/> Aredia (Pamidronate)	<input type="checkbox"/> Zometa or Reclast (Zoledronic Acid)	<input type="checkbox"/> Benefos (Clodronate)
---	--	---
4. Tiene algunas articulaciones artificiales? SI NO Si es asi, en dónde? \_\_\_\_\_  
Fecha en que se las pusieron \_\_\_\_\_
5. Ha recibido quimioterapia o terapias con radiacion por alguna enfermedad maligna u otra enfermedad? SI NO

**Mujeres -**

6. Podría estar embarazada? SI NO Si es así, cuando es a fecha del parto? \_\_\_\_\_
7. Esta usted amamantando? SI NO Esta tomando pastillas anticonceptivas o un sustituto hormonal? SI NO

**Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones? Por favor circule la respuesta apropiada.**

Fiebre Inexplicable	Si No	Dificultad para respirar	Si No	Hepatitis B	Si No
Pérdida de peso inexplicable	Si No	Tuberculosis	Si No	Hepatitis C	Si No
Herida en la cabeza	Si No	Problemas cardiacos/Ataque al corazón	Si No	Enfermedad en los riñones	Si No
Ataques/Epilepsia	Si No	Angina/ Insuficiencia coronaria	Si No	Enfermedad venerea	Si No
Desorden Nervioso	Si No	Presion arterial alta	Si No	SIDA-VIH	Si No
Desorden Mental	Si No	Dolor de pecho cuando hace algun esfuerzo	Si No	Artritis/Reumatismo	Si No
Desmayo/Mareos	Si No	Daño o válvulas cardiacas artificiales	Si No	Cancer/Tumores	Si No
Embolia	Si No	Cardiopatía congénita	Si No	Diabetes	Si No
Glaucoma	Si No	Fiebre Rehumática	Si No	Hipoglucemia	Si No
Problemas de sinusitis	Si No	Marcapasos cardíaco	Si No	Inyecciones de cortisona	Si No
Herpes Labial/Ampollas por fiebre	Si No	Ulceras	Si No	Enfermedad en la sangre o sangrados	Si No
Enfermedad Detiroides	Si No	Enfermedad del hígado	Si No	Transfusión de sangre	Si No
Problemas Respiratorios	Si No	Ictericia	Si No	Hipertermia maligna	Si No
Asma	Si No	Hepatitis A	Si No		

Explique el problema para cualquier respuesta si : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiene algun otro problema médico que le preocupa? SI NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena esta forma: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Yo declaro que las preguntas de este formulario han sido contestadas con precision. Entiendo que si doy información falsa o incorrecta puede ser perjudicial para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado de salud o historial médico. Yo no hare responsable a mi dentista o a ningun miembro de su personal de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

\_\_\_\_\_  
ESCRIBA SU NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA