

## HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Está usted bajo el cuidado de un médico?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, por favor escriba el nombre del médico y número de teléfono:

¿Está tomando algún medicamento?  Sí  No

Si la respuesta es “Sí”, por favor liste: \_\_\_\_\_

¿Está en una dieta especial?  Sí  No Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Usa algún tipo de tabaco?  Sí  No ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Es usted fumador?  Sí  No ¿Es usted ex fumador?  Sí  No

¿Usa alguna sustancia controlada?  Sí  No

Por favor liste todas las cirugías: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o trata de concebir?  Sí  No Si “Sí”, ¿Cuál es la fecha aproximada del parto? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún anticonceptivo oral?  Sí  No

POR FAVOR MARQUE SOLO LAS QUE CORRESPONDAN Si ninguno aplica, por favor marque aquí:

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH Positivo            | <input type="checkbox"/> Úlcera bucal/ampollas        | <input type="checkbox"/> Marcapasos                      | <input type="checkbox"/> Dolor en articulación maxilar/TMJ |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer                    | <input type="checkbox"/> Convulsiones                 | <input type="checkbox"/> Hemofilia                       | <input type="checkbox"/> Cuidados psiquiátricos            |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxis                   | <input type="checkbox"/> Desorden coronario congénito | <input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C              | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                  |
| <input type="checkbox"/> Angina                       | <input type="checkbox"/> Medicina con cortisona       | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta           | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata                  |
| <input type="checkbox"/> Artritis/Gota                | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuentes   | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                 | <input type="checkbox"/> Herpes                            |
| <input type="checkbox"/> Válvula Coronaria Artificial | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Ronchas, erupción               | <input type="checkbox"/> Sinusitis                         |
| <input type="checkbox"/> Articulación(es) artificial  | <input type="checkbox"/> Enfisema                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad Intestinal/estomacal | <input type="checkbox"/> Accidente cardio-vascular         |
| <input type="checkbox"/> Asma/Problemas de respirar   | <input type="checkbox"/> Endocarditis                 | <input type="checkbox"/> Problemas al riñón/vejiga       | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea               |
| <input type="checkbox"/> Problemas sanguíneos         | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones       | <input type="checkbox"/> Leucemia                        | <input type="checkbox"/> Tumores                           |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre      | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo            | <input type="checkbox"/> Enfermedad al hígado            | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                      |
| <input type="checkbox"/> Hace moretones fácilmente    | <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos              | <input type="checkbox"/> Enfermedad al pulmón            | <input type="checkbox"/> Úlceras                           |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                       | <input type="checkbox"/> Fiebre Heno/Alergias Estac.  | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula Mitrál      | <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea (ETS)          |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia/Radiación      | <input type="checkbox"/> Enfermedades al corazón      | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                    | <input type="checkbox"/> Ictericia                         |
| <input type="checkbox"/> Dolores al pecho             | <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco               | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/Alcohol         |  |
- Otro: \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

- Acrílico  Aspirina  Codeína  Penicilina  Anestésicos locales  Metal  Látex
- Sulfa  Otro \_\_\_\_\_

MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN

Si no aplica ninguna, por favor marque aquí

- Abscesos  Se muerde las uñas  Rechina los dientes  Dientes sueltos  Comida en los dientes  Sangramiento de encías
- Boca seca  Dientes faltantes  Mal aliento  Dificultad para mascar  Encías sensibles  Mal gusto
- Se atraganta con facilidad  Sensibilidad a caliente/frío  Masca por un solo lado