

HISTORIA MÉDICA

La mejor respuesta a las siguientes preguntas le permitirá a su dentista darle un tratamiento individual, adecuado a sus necesidades.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 ¿Cuál es la razón de su visita? _____

Por favor conteste a cada pregunta marcando claramente sí o no en la casilla. Cuando tenga dudas, deje la casilla en blanco.

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Se encuentra en buen estado de salud ahora? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Se encuentra bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso de estarlo, ¿Bajo qué tipo de tratamiento se encuentra? _____ | | |
| 3. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez, o ha sufrido alguna enfermedad de gravedad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| En caso de contestar afirmativamente, explique: _____ | | |
| 4. ¿Ha sangrado excesivamente después de alguna extracción dental? o si se corta, ¿Tarda en cicatrizar más que antes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. (Mujeres) ¿Está Ud. embarazada? En caso de estarlo, ¿Cuál es la fecha aproximada del parto? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Usa alguna forma de tabaco? En caso de usarlo, ¿Cuánto? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Bebe alcohol (más de 2 copas al día)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha tenido o tiene lo siguiente?: | | |

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| GENERAL | | |
| Cansancio, debilidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de peso súbito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sudores nocturnos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre persistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PIEL | | |
| Erupciones, urticaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio de pigmentación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OJOS | | |
| Cambio en la visión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OÍDOS | | |
| Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zumbido en los oídos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NARIZ | | |
| Hemorragias nasales frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| GARGANTA | | |
| Dolor/ronquera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA NERVIOSO | | |
| Apoplejía/embolia cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones/Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entumecimiento/hormigueo/comezón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mareo/desmayos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tratamiento psiquiátrico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA RESPIRATORIO | | |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma/fiebre del heno (alergia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos persistente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Producción de flema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos con flema sanguinolenta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad al respirar cuando está recostado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA ENDOCRINO | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes en su familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas de tiroides/bocio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros problemas | | |

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| CORAZÓN/VASOS SANGUÍNEOS | | |
| Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores en el pecho/molestias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardíacos/ataques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta de aliento/sofocación | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinchazón de los tobillos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión alta de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca congénita (hereditaria) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prolapso valvular mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapaso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros problemas | | |
| HUESOS/MÚSCULOS | | |
| Artritis/reumatismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Extremidades/articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA DIGESTIVO | | |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ictericia (derrame biliar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Úlceras gástricas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cambio en el apetito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Excremento negro, sanguinolento o descolorido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SISTEMA URINARIO | | |
| Problemas en los riñones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Incremento en la frecuencia al orinar (por las noches) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ardor al orinar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Secreciones por la uretra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presencia de sangre en la orina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SANGRE | | |
| Mallugaduras/moretones/cardinales fácilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| OTROS | | |
| Radioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quimioterapia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tumores o protuberancias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |