



# Historial de Salud Médica y Dental

Fecha Hecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona llenando este cuestionario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Aunque el personal dental trata principalmente en y alrededor de la boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que su hijo puede tener, o medicamentos que su hijo toma, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá su hijo. Por favor, conteste cada pregunta individualmente.**

## Historial Médico

Por favor circule la respuesta correcta:

Sí No 1. ¿Tiene algún problema de salud? Si es así, explique: \_\_\_\_\_

Sí No 2. ¿Ha habido algún cambio en su salud en el último año? Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Sí No 3. ¿Está usted actualmente bajo cuidado médico?  
Si es así, ¿para qué? \_\_\_\_\_

4. ¿Usted tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

Alergias	Sí	No	Alergias	Sí	No
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos Dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro : _____		
Látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

## 5. ¿Usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Por favor, conteste sí o no a cada uno.

Condición	Sí	No	Condición	Sí	No	Condición	Sí	No
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno generalizado del desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD (TDAH)/ADD (TDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ampollas de fiebre/Herpes labial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tornillo, metal implantado, quirúrgicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja/alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espectro de Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de la Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con los senos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Intelectual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto congénito del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Neurológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno Obsesivo Compulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de oposición desafiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cirugía Facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Adolescentes/Adultos (Si es mayor de 12 años)	Sí	No
Abuso de Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adolescente/Mujer Adulta	Sí	No
¿Toma Anticonceptivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está Embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, Número de semanas: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Amamanta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Historial de Salud Médica y Dental

- Sí No 6. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna cirugía? Si es así, explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sí No 7. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condición, síndrome o problema que no haya sido mencionado en esta lista? Si es así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sí No 8. ¿Tiene algún síntoma no diagnosticados? Si es así, explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sí No 9. ¿Toma algún medicamento de cualquier clase? Si es así, Por favor escriba los medicamentos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sí No 10. Necesita tomar medicamento antes de algún tipo de tratamiento dental?  
Por favor indique cual, si es que necesita tomar alguno.  
\_\_\_\_\_
- Sí No 11. ¿Ha tomado alguno de estos medicamentos? Por favor, circule.  
¿Fosamax, Actenol, Boniva, Zometa, Atelvia, Reclast, o cualquier otro medicamento bifosfonatos?
- Sí No 12. ¿Toma algún anticoagulante? Por favor indique cual, si es que está tomando alguno.  
\_\_\_\_\_

### Lista de Médicos

(Haga una lista de sus médicos y cualquier especialista)

Nombre	Ciudad	Tipo de Especialidad	Número de Teléfono
--------	--------	----------------------	--------------------


### Historial Dental

1. ¿Cuál es la razón por la cual busca tratamiento dental? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sí No 2. ¿Actualmente tiene algún dolor o molestia dental? Explique: \_\_\_\_\_
- Sí No 3. ¿Ha tenido chequeos dentales regularmente?
- Sí No 4. ¿Alguna vez ha tenido problemas relacionados con el tratamiento dental? Los cuales incluyen pero no se limitan al temor, ansiedad o una reacción alérgica. Si es así, por favor explique:  
\_\_\_\_\_

**Certifico que la información anterior está completa y correcta.**

Firma del Paciente o Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_