

Historia médica dental

Información general																													
Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento																												
Motivo de su visita dental	¿Tiene dolor dental ahora?																												
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																												
Proveedor de atención dental anterior	Fecha de su último examen dental																												
Proveedor de atención médica actual	Fecha de su último examen médico																												
Historia médica																													
¿Tiene actualmente o tuvo alguna vez alguno de los siguientes síntomas?																													
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas de sangrado, aparecen moretones con facilidad</td> <td><input type="checkbox"/> Dolores de cabeza</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Visión borrosa</td> <td><input type="checkbox"/> Ictericia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces</td> <td><input type="checkbox"/> Tos persistente, tos con sangre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</td> <td><input type="checkbox"/> Zumbido en el oído</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Boca seca</td> <td><input type="checkbox"/> Falta de aire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sed excesiva</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas sinusales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Episodios de desmayos, mareos</td> <td><input type="checkbox"/> Tobillos hinchados</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orina frecuente o difícil, sangre en la orina</td> <td><input type="checkbox"/> Pérdida de peso/ fiebre/ sudor por la noche</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Vómito o náuseas frecuentes</td> <td><input type="checkbox"/> Otro:</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado, aparecen moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Tos persistente, tos con sangre	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Zumbido en el oído	<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Problemas sinusales	<input type="checkbox"/> Episodios de desmayos, mareos	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Orina frecuente o difícil, sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso/ fiebre/ sudor por la noche	<input type="checkbox"/> Vómito o náuseas frecuentes	<input type="checkbox"/> Otro:										
<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado, aparecen moretones con facilidad	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza																												
<input type="checkbox"/> Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Ictericia																												
<input type="checkbox"/> Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Tos persistente, tos con sangre																												
<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar	<input type="checkbox"/> Zumbido en el oído																												
<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Falta de aire																												
<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Problemas sinusales																												
<input type="checkbox"/> Episodios de desmayos, mareos	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados																												
<input type="checkbox"/> Orina frecuente o difícil, sangre en la orina	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso/ fiebre/ sudor por la noche																												
<input type="checkbox"/> Vómito o náuseas frecuentes	<input type="checkbox"/> Otro:																												
¿Alguna vez ha tenido alguna de las siguientes condiciones o procedimientos?																													
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td><input type="checkbox"/> Presión alta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Artritis</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad renal o de la vejiga</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Articulación artificial</td> <td><input type="checkbox"/> Marcapasos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cáncer, tumores</td> <td><input type="checkbox"/> Válvula cardíaca protésica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Quimioterapia</td> <td><input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asma, TB, enfisema, enfermedad pulmonar</td> <td><input type="checkbox"/> Fiebre reumática</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Transfusión de sangre</td> <td><input type="checkbox"/> Artritis reumatoide</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dolor en el pecho o angina</td> <td><input type="checkbox"/> STD</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Convulsiones</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> VIH/SIDA</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Defectos del corazón, soplos cardíacos</td> <td><input type="checkbox"/> Derrame cerebral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas estomacales/úlceras</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea o suprarrenal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (además de hepatitis)</td> <td><input type="checkbox"/> Otro:</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal o de la vejiga	<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Cáncer, tumores	<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca protésica	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Asma, TB, enfisema, enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho o angina	<input type="checkbox"/> STD	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel	<input type="checkbox"/> Defectos del corazón, soplos cardíacos	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales/úlceras	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea o suprarrenal	<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (además de hepatitis)	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Presión alta																												
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal o de la vejiga																												
<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Marcapasos																												
<input type="checkbox"/> Cáncer, tumores	<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca protésica																												
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación																												
<input type="checkbox"/> Asma, TB, enfisema, enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática																												
<input type="checkbox"/> Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide																												
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho o angina	<input type="checkbox"/> STD																												
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Convulsiones																												
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel																												
<input type="checkbox"/> Defectos del corazón, soplos cardíacos	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral																												
<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas estomacales/úlceras																												
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea o suprarrenal																												
<input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (además de hepatitis)	<input type="checkbox"/> Otro:																												

Preguntas médicas adicionales		
¿Ha cambiado su salud en el último (1) año? Si la respuesta es sí, describa:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido una enfermedad grave u hospitalización en los últimos tres (3) años? Si la respuesta es sí, describa:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está consumiendo alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Drogas recreativas <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Ninguno
¿Actualmente lo está tratando un proveedor de salud conductual por condiciones como depresión, ansiedad, PTSD, trastorno por consumo de sustancias, etc.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido un problema con un tratamiento dental? Si la respuesta es sí, describa:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tomado anticoagulantes en los últimos treinta (30) días, como aspirin, warfarin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, etc.? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha tomado bifosfonatos en los últimos cinco (5) años, como Fosamax, Actonel, Boniva, Didronel, Reclast, Zometa, etc.? Si la respuesta es sí, ¿cuáles?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marque si actualmente está:	<input type="checkbox"/> Embarazada	<input type="checkbox"/> Amamantando <input type="checkbox"/> Tomando anticonceptivos
Medicamentos actuales (incluyendo inhaladores, hierbas, suplementos y medicamentos de venta libre)		
Medicamentos	Dosis	Fecha de inicio
Medicamentos para alergias		
Medicamentos	Reacción	Gravedad
Firma		
Respondí cada pregunta completa y precisamente. Informaré a mi dentista si mi salud o medicamentos cambian.		
Firma del paciente:	Fecha	
Firma del dentista	Fecha	