

## FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Proveer un historial de salud completo y preciso nos asistirá en coordinar su salud dental. Pro favor hable con el/la doctor(a) o el equipo de trabajo si tiene alguna duda o pregunta sobre este formulario.**

---

### HISTORIAL DENTAL

Por favor describa su salud dental actual: **Excelente** **Moderada** **Pobre**

Describa el motivo de su visita durante el día de hoy:

---

Ha habido cambios durante este año sobre su salud dental? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

Tiene alguna molestia dental actualmente? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

Ha tenido algun efecto adverso debido a algún tratamiento dental? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

Fecha de su última visita dental \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DENTAL – Actualmente o en el pasado, ha tenido usted:

- |  |                |  |                |
|--|----------------|--|----------------|
| 1. Sangrado o dolor en las encías?     | <b>Si / No</b> | 10. Desplaza la mordida?                       | <b>Si / No</b> |
| 2. Sabor desagradable o mal aliento?   | <b>Si / No</b> | 11. Cambios en la mordida?                     | <b>Si / No</b> |
| 3. Hinchazón en su boca?               | <b>Si / No</b> | 12. Quemazón en la lengua/los labios?          | <b>Si / No</b> |
| 4. Tratamiento de ortodóncia (Braces?) | <b>Si / No</b> | 13. Desarrolla ampollas en la boca/labios?     | <b>Si / No</b> |
| 5. Aprieta o muele la mordida?         | <b>Si / No</b> | 14. Dientes sensitivos (Caliente o Frío?)      | <b>Si / No</b> |
| 6. Sentitividad a los dulces?          | <b>Si / No</b> | 15. Sonido o remoción de mandíbula?            | <b>Si / No</b> |
| 7. Sensitividad al morder?             | <b>Si / No</b> | 16. Dificultad al abrir o cerrar su mandíbula? | <b>Si / No</b> |
| 8. Impactación alimentaria?            | <b>Si / No</b> | 17. Dientes Sueltos?                           | <b>Si / No</b> |
| 9. Muerde sus mejillas / labios?       | <b>Si / No</b> |  |                |

## HISTORIAL MÉDICO

Por favor describa su salud actual en totalidad: **Excelente**      **Moderada**      **Pobre**

Ha habido cambios durante este año sobre su salud general? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

Está usted bajo cuidado médico por alguna condición de salud? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

Ha estado hospitalizado(a) por alguna condición de salud seria? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

Ha tenido cirujías alguna vez? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

---

## HISTORIAL MÉDICO – Actualmente o en el pasado, ha tenido usted:

1. Cardiopatía Congénita, enfermedad cardiovascular

– Ej. Ataque al corazón, Murmuro cardíaco, enfermedad coronaria de las arterias, Dolor en el pecho, Presión arterial baja/alta, accidente cerebrovascular, pulso irregular, cirugía del corazón o marcapazo?

**Si / No**

2. Implantes localizados en cualquier parte del cuerpo

– Ej. Válvulas en el corazón, marcapazo, caderas, rodillas, etc.?

**Si / No**

3. Enfermedad de los riñones o fallo renal?

**Si / No**

4. Enfermedad de la Tiroides?

**Si / No**

5. Úlceras o colitis estomacal?

**Si / No**

6. Diabétes?

**Si / No**

7. Cáncer?

**Si / No**

Qué tipo: \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tratamientos: \_\_\_\_\_

8. Enfermedades pulmonares como Asma, Enfisema, COPD, Tos Crónica, Bronquitis, Neumonía, Tuberculosis, Falta de Aliento, dolor en el pecho o tos severa?

**Si / No**

9. Desórdenes de sangrado, Anemia, tendencia a sangrar, transfusión de sangre o moretea fácilmente?

**Si / No**

10. Enfermedades del hígado?

**Si / No**

11. Artritis?

**Si / No**

12. Pérdida o ganancia de peso significativa?

**Si / No**

13. Problemas nasales?

**Si / No**

14. Apnea del Sueño?

**Si / No**

15. Osteoporosis u Ostopenia?

**Si / No**

Ha tenido alguna otra condición médica que quiera notificarle a el/la doctor(a)? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

---

---

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR- Tiene historial familiar con alguna de las siguientes condiciones?**

1. Diabétes?

**Si / No** Relación: \_\_\_\_\_

2. Enfermedades pulmonáres?

**Si / No** Relación: \_\_\_\_\_

3. Cáncer? **Si / No** Relación: \_\_\_\_\_

4. Enfermedades del Corazón?

**Si / No** Relación: \_\_\_\_\_

5. Problemas de sangrado?

**Si / No** Relación: \_\_\_\_\_

Ha habido alguien en su familia más cercana que haya tenido problemas con anestesia local, anestesia general, y/o sedación intravenosa? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

---

**MEDICAMENTOS- Esta tomando o está tomando alguna prescripción actualmente:**

1. Antibióticos?

**Si / No**

2. Anticoagulantes?

**Si / No**

3. Medicamentos para el corazón? **Si / No**

4. Esteroides- como Cortisona o Prednisona? **Si / No**

5. Agentes para anti-ansiedad, antidepresivos, o algún otro medicamento psiquiátrico? **Si / No**

6. Medicina para el Cáncer o Quimoterápia? **Si / No**

7. Prescripción para medicamentos de dolor? **Si / No**

8. Aspirina o algún otro medicamento como Motrin, Aleve o Ibuprofén? **Si / No**

9. Insulina o medicamento anti-diabético oral? **Si / No**

10. Medicamento para la alta presión? **Si / No**

11. Biofosfonatos u otro medicamento para fortalecer los huesos? **Si / No**

12. Otro medicamento o suplementos? **Si / No**

**MEDICAMENTOS:** Por favor anote cualquier otro medicamento que no nombró arriba y actualmente esté utilizando. Incluya medicamentos prescritos, medicamentos dietéticos, sin receta, hierbas, remedios holísticos, vitaminas, o minerales:

Medicamentos y su dosis	Medicamentos y su dosis

**ALERGIAS- Tiene alguna alergia o ha tenido alguna reacción adversa a:**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Látex? <b>Si / No</b>   | 8. Aspirina o algún otro medicamento como Motrin, Aleve o Ibuprofén? <b>Si / No</b> |
| 2. Comida o algun producto ? <b>Si / No</b>  | 9. Insulina o medicamento anti-diabético oral? <b>Si / No</b>                       |
| 3. Medicamentos para el corazón? <b>Si / No</b>  | 10. Medicamento para la alta presión? <b>Si / No</b>                                |
| 4. Esteroides- como Cortisona o Prednisona? <b>Si / No</b>   | 11. Biofosfonatos u otro medicamento para fortalecer los huesos? <b>Si / No</b>     |
| 5. Agentes para anti-ansiedad, antidepresivos, o algún otro medicamento psiquiátrico? <b>Si / No</b> | 12. Otro medicamento o suplementos? <b>Si / No</b>                                  |
| 6. Medicina para el Cáncer o Quimoterápia? <b>Si / No</b>  |   |
| 7. Prescripción para medicamentos de dolor? <b>Si / No</b>   |   |

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

---

**HISTORIAL DE ANESTESIA**

Alguna vez ha tenido complicaciones asociadas con anestesia local, general y/o anestesia intravenosa? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por favor describa brevemente:

---

---

**PACIENTES FÉMINAS**

Estás embarazada? **Si / No**

Hay alguna posibilidad de que puedas estar embarazada? **Si / No**

**HISTORIAL SOCIAL**

Alguna vez has fumado, vapeado o masticas tabaco?

**Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, por cuánto tiempo?

---

**Alguna vez ha buscado ayuda profesional o ha sido hospitalizado(a) por:**

Abuso de sustancias? **Si / No**

Desórdenes emocionales? **Si / No**

Alcoholismo? **Si / No**

**Utilizas:**

Alcohol? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, cuánto por semana?

---

Marihuana? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, cuánto por semana?

---

Drogas Recreacionales? **Si / No**

Si su respuesta fue **Si**, cuánto por semana?

---

**DESEARÍA HABLAR EN PRIVADO CON LA DOCTORA SOBRE ALGO PERSONAL? **Si / No****

---

**Entiendo la importancia de llenar éste formulario de historial médico de manera completa y sincera para asistir a el/la doctor(a) proveer cuidado a mi persona. Bajo la mejor recolección de mi conocimiento, toda la información proveída en páginas anteriores es completa y correcta.**

---

Firma del paciente, padre o persona responsable del  
paciente

---

Nombre del paciente, padre o persona responsable  
del paciente en manuscrito

---

Fecha