

## Historial dental/médico de nuevo paciente

### Necesario si el paciente vive en una residencia personal

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE (MARQUE SI EL PACIENTE TIENE O TUVO ALGUNA VEZ)**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias, rinitis alérgica, sinusitis                           | <input type="checkbox"/> Glaucoma  | <input type="checkbox"/> Falta de aire  |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer/Demencia  | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza   | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales  |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco  | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme  |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea  | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos   | <input type="checkbox"/> Heridas de resolución lenta                                |
| <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas artificiales                                 | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvula cardíaca                                   | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular                                  |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales; fecha de cirugía: _____            | <input type="checkbox"/> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> Hinchazón de pies o tobillos                               |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Herpes  | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides                                      |
| <input type="checkbox"/> Sangrado anormal en procedimientos o intervenciones quirúrgicas | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta   | <input type="checkbox"/> Amigdalitis  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre, trastornos de la coagulación           | <input type="checkbox"/> Cualquier inmunodeficiencia                                     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Ictericia   | <input type="checkbox"/> Tumor o crecimiento en cabeza/cuello                       |
| <input type="checkbox"/> Dependencia de sustancias químicas                              | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  | <input type="checkbox"/> Úlcera   |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia   | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual                           |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación  | <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral                                      | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicada                                |
| <input type="checkbox"/> Tratamientos con cortisona                                      | <input type="checkbox"/> Osteoporosis  | <b>Alergias</b>   |
| <input type="checkbox"/> Tos, persistente o con sangre                                   | <input type="checkbox"/> Osteopenia  | <input type="checkbox"/> Alergia a aspirina   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Marcapasos  | <input type="checkbox"/> Alergia a penicilina                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfisema  | <input type="checkbox"/> Tratamientos con radiación (especifique si es en cabeza/cuello) | <input type="checkbox"/> Alergia al látex   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia   | <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria   | <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos con sulfa                           |
| <input type="checkbox"/> Desmayo o riesgo de caída                                       | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática  | <input type="checkbox"/> ¿Reacción alérgica a Novocaína, anestesia local o general? |
|  | <input type="checkbox"/> Escarlatina   |   |

Si responde "Sí" a cualquiera de las anteriores, detalle: \_\_\_\_\_

¿El paciente está tomando actualmente anticoagulantes recetados?  Sí  No  No sabe

En caso de responder "Sí", especifique \_\_\_\_\_

¿El paciente alguna vez tomó medicamentos o recibió inyecciones para la osteoporosis (bifosfonatos)?  Sí  No  No sabe¿Al paciente alguna vez se le recetó antibióticos profilácticos para una consulta odontológica?  Sí  No

Escriba cualquier medicamento que esté tomando el paciente: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier alergia conocida que tenga el paciente: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria/MD: \_\_\_\_\_ Información de contacto: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna pregunta adicional? \_\_\_\_\_

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

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_