



HISTORIAL CLÍNICO CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA:

1. Sí / No ¿ Su estado general de salud es bueno?
Si NO, explique: _____
2. Sí / No ¿ Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?
Si NO, explique: _____
3. Sí / No ¿ Ha tenido una enfermedad drave en los últimos tre años?
Si NO, explique: _____
4. Sí / No ¿ Actualmente es atendido por un médico?
Si NO, explique: _____
Fecha del ultimo examen medico: _____
Motivo del examen: _____
5. Sí / No ¿ Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
Si, si explique: _____
Fecha de último examen dental: _____
Nombre del último dentista tratante: _____
6. Sí / No ¿ Siente dolor ahora?
Si, si explique: _____

II. ¿ ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Si o No para cada una)

- | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|
| Sí / No Dolor de pecho (angina) | Sí / No Sangre en las heces | Sí / No Vómitos frecuentes |
| Sí / No Desmayos | Sí / No Diarrea o constipación | Sí / No Ictericia |
| Sí / No Considerable pérdida de peso reciente | Sí / No Micción frecuente | Sí / No Boca seca |
| Sí / No Fiebre | Sí / No Dificultad al orinar | Sí / No Sed excesiva |
| Si / No Sudores nocturnos | Sí / No Zumbido en los oídos | Sí / No Dificultad al tragar |
| Sí / No Tos persistente | Sí / No Dolores de cabeza | Sí / No Tobillos inflamados |
| Sí / No Expectoración de sangre | Sí / No Mareos | Sí / No Dolor o rigidez en articulaciones |
| Sí / No Trastornos hemorrágicos | Sí / No Visión borrosa | Sí / No Falta de aire |
| Sí / No Sangre en la orina | Sí / No Aparición de moretones | Sí / No Problemas de sinusitis |

III. ¿ ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES?: (Marque con un círculo Si o No para cada una)

Sí / No	Enfermedad cardíaca	Sí / No	SIDA/HIV	Sí / No	Atención psiquiátrica
Sí / No	Historial familiar de enfermedad cardíaca	Sí / No	Cirugías	Sí / No	Osteoporosis
Sí / No	Infarto	Sí / No	Internación	Sí / No	Enfermedad tiroidea
Sí / No	Articulación artificial	Sí / No	Diabetes	Sí / No	Asma
Sí / No	Problemas de estómago o úlceras	Sí / No	Historial familiar de diabetes	Sí / No	Hepatitis
Sí / No	Defectos cardíacos	Sí / No	Tumores o cáncer	Sí / No	Enfermedad de transmisión sexual
Sí / No	Soplo cardíaco	Sí / No	Quimioterapia	Sí / No	Herpes
Sí / No	Fiebre reumática	Sí / No	Radioterapia	Sí / No	Chancro o afta
Sí / No	Enfermedad de la piel	Sí / No	Artritis, reumatismo	Sí / No	Anemia
Sí / No	Endurecimiento de las arterias	Sí / No	Enfisema u otra enfermedad pulmonar	Sí / No	Enfermedad del hígado
Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis

IV. ¿ ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS?

(Marque con un círculo Si o No para cada una)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros narcóticos
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nitroso	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal

Other: _____

V. ¿ ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES? (Marque con un círculo Si o No para cada una)

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tobaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosomax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta: _____

VI. MUJERES SOLAMENTE (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

- Sí / No ¿ Está o podría estar embarazada? Sí respondió SI, ¿de cuántos meses? _____
- Sí / No ¿ Está amamantando?
- Sí / No ¿ Está tomando pastillas anticonceptivas?

VII. TODOS LOS PACIENTES (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿ Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario?
Sí respondió SI, explique: _____

Sí / No ¿ Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Sí respondió SI, ¿cuando: _____

Sí / No ¿ Alguna vez ha tomado Fen-Phen? Sí respondió SI, ¿cuándo: _____

Sí / No ¿ Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?: _____

La práctica de la odontología implica tartar a la persona completa. Sí el dentista determina que puede existir una situación médicamente comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.

Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi medico..

Firma del paciente

Fecha

Nombre del paciente

Fecha

¿ A quién desea que contactemos en caso de emergencia?

Nombre

Vinculo

Telefono

Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al rellenar este formulario.

Firma del paciente

Fecha

Firma del dentista

Fecha