

# HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nombre del Médico/y su especialidad \_\_\_\_\_  
 Examen físico más reciente \_\_\_\_\_ Propósito \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo definiría usted su estado general de salud?  Excelente  Bueno  Regular  Malo

**TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:**

- |  | SÍ                       | NO                       |   | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. hospitalización por enfermedad o lesión _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. osteoporosis/osteopenia (toma bifosfonatos) _____         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. una reacción alérgica a   |                          |                          | 27. artritis _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> aspirina, ibuprofeno, acetaminofeno, codeína            |                          |                          | 28. glaucoma _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> penicilina  |                          |                          | 29. lentes de contacto _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> eritromicina  |                          |                          | 30. lesiones en la cabeza o el cuello _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> tetraciclina  |                          |                          | 31. epilepsia, convulsiones (ataques) _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sulfa   |                          |                          | 32. problemas neurológicos (trastorno de déficit de atención) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> anestésico local  |                          |                          | 33. infecciones víricas y herpes labial _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> luoruro   |                          |                          | 34. cualquier bulto o hinchazón en la boca _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> metales (níquel, oro, plata, _____)                     |                          |                          | 35. urticaria, eczemas cutáneos, fiebre del heno _____        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> látex   |                          |                          | 36. enfermedad venérea _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> otros _____   |                          |                          | 37. hepatitis (tipo _____) _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. problemas cardíacos o cateterización cardíaca en los últimos seis meses _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 38. VIH/SIDA _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. antecedentes de endocarditis infecciosa _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. tumor, excrecencia anormal _____                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. válvula cardíaca artificial, defecto cardíaco reparado (FOP) _____            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. terapia de radiación _____                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. marcapasos o desfibrilador implantable _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. quimioterapia _____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. prótesis artificial (válvula cardíaca o articulaciones) _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. problemas emocionales _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. fiebre reumática o escarlatina _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. tratamiento psiquiátrico _____                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. presión sanguínea alta o baja _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. medicamentos antidepresivos _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. un derrame cerebral (toma anticoagulantes) _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. dependencia de alcohol/drogas _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. anemia u otro trastorno de la sangre _____                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 12. hemorragia prolongada por un pequeño corte _____                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 13. enfisema _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 14. tuberculosis _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 15. asma _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 16. problemas respiratorios o de sueño (ronquido, sinusitis) _____               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 17. enfermedad de los riñones _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 18. enfermedad del hígado _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 19. ictericia _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 20. enfermedad de la tiroides o paratiroides _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 21. enfermedad de la tiroides o paratiroides o deficiencia de calcio _____       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 22. colesterol elevado o está tomando estatinas _____                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 23. diabetes (HbA1c = _____) _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 24. úlcera estomacal o duodenal _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 25. trastornos digestivos (reflujo gástrico) _____                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |

**ESTÁ EN ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES:**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 46. actualmente en tratamiento por otra enfermedad _____           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. ha notado un cambio en su salud general _____                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. está tomando medicamentos para control del peso (fen-phen)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. toma suplementos dietéticos _____                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. está frecuentemente exhausto/a o fatigado/a _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. tiene dolores de cabeza con frecuencia _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. es fumador/a o ha fumado anteriormente _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. le consideran una persona susceptible _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. se siente a menudo infeliz o deprimido/a _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. MUJERES – toma pastillas para el control de la natalidad _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. MUJERES – está embarazada _____                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. HOMBRES – trastornos de próstata _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Describa cualquier tratamiento médico actual, cirugía inminente u otro tratamiento que pudiera afectar su tratamiento dental.

Anote todos los medicamentos, suplementos y/o vitaminas que tomó en los últimos dos años

Medicamento	Propósito	Medicamento	Propósito
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Pida una hoja adicional si está tomando más de 6 medicamentos

**POR FAVOR, COMUNÍQUENOS EN EL FUTURO CUALQUIER CAMBIO EN SU HISTORIA CLÍNICA O EN LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO.**

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_