



Live healthy. Be well.

## HISTORIA DE LA SALUD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Marque la respuesta correcta:** (si no entiende la pregunta, deje en blanco)

- Si o No ¿Estas Saludable?  
Si o No ¿En este último año, habido algún cambio con su salud?  
Si o No ¿En estos últimos tres años, ha tenido alguna enfermedad o sido hospitalizado?  
Si o No ¿Está siendo tratado por un médico en este momento?  
Fecha de su último examen físico \_\_\_\_\_ Fecha de su último examen dental \_\_\_\_\_  
Si o No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?  
Si o No ¿Tiene dolor en este momento?

### ¿Has tenido los siguientes síntomas?

- |         |   |         |                                  |
|---------|---|---------|----------------------------------|
| Si o No | ¿Dolor en el pecho? (angina)                              | Si o No | ¿Zumbidos (pitido) en los oídos? |
| Si o No | ¿Tobillos hinchados?                                      | Si o No | ¿Dolor de cabeza persistente?    |
| Si o No | ¿Dificultad para respirar?                                | Si o No | ¿Desmayos?                       |
| Si o No | ¿Pérdida de peso involuntaria, fiebre, sudores nocturnos? |         |                                  |
| Si o No | ¿Tos persistente, expectoración con sangre?               | Si o No | ¿Visión borrosa?                 |
| Si o No | ¿Problemas de sangrado, formación de hematomas?           | Si o No | ¿Convulsiones?                   |
| Si o No | ¿Problemas de sinusitis?                                  | Si o No | ¿Sed excesiva?                   |
| Si o No | ¿Dificultad para tragar?                                  | Si o No | ¿Orinar frecuente?               |
| Si o No | ¿Diarrea, constipación, sangre en la excreta?             | Si o No | ¿Sequedad en la boca?            |
| Si o No | ¿Nausea, vomito frecuente?                                | Si o No | ¿Ictericia (bilirrubina)?        |
| Si o No | ¿Dificultad para orinar, sangre en la orina?              | Si o No | ¿Dolor articular, rigidez?       |
| Si o No | ¿Mareo?   |         |                                  |

### ¿Usted tiene o ha tenido?

- |         |   |         |   |
|---------|---|---------|---|
| Si o No | ¿Enfermedad del corazón?                                    | Si o No | ¿SIDA/ VIH?   |
| Si o No | ¿Ataques o defectos de corazón?                             | Si o No | ¿Cáncer, tumores?                                     |
| Si o No | ¿Soplo cardiacos?   | Si o No | ¿Artritis, reumatismo?                                |
| Si o No | ¿Fiebre reumática?  | Si o No | ¿Enfermedad de los ojos?                              |
| Si o No | ¿Derrame cerebral, endurecimiento de las arterias?          | Si o No | ¿Anemia?  |
| Si o No | ¿Presión alta?  | Si o No | ¿Enfermedad de la piel?                               |
| Si o No | ¿Asma, tuberculina, enfisema, enfermedad pulmonar?          | Si o No | ¿Enfermedades de transmisión sexual? Sífilis/gonorrea |
| Si o No | ¿Hepatitis, otra enfermedad del hígado?                     | Si o No | ¿Herpes?  |
| Si o No | ¿Problemas con el estómago, úlceras?                        | Si o No | ¿Problemas con los riñones, enfermedad de la vejiga?  |
| Si o No | ¿Eres alérgico algún medicamento, comida, látex?            | Si o No | ¿Tiroides, enfermedad suprarrenal?                    |
| Si o No | ¿Diabetes?  |         |   |
| Si o No | ¿Antecedentes familiares de diabetes, del corazón, tumores? |         |   |

- |         |                               |         |                         |
|---------|-------------------------------|---------|-------------------------|
| Si o No | ¿Atención psiquiátrica?       | Si o No | ¿Ha sido hospitalizado? |
| Si o No | ¿Tratamientos de radiación?   | Si o No | ¿Transfusión de sangre? |
| Si o No | ¿Quimioterapia?               | Si o No | ¿Cirugías?              |
| Si o No | ¿Válvula cardiaca prostética? | Si o No | ¿Marcapasos?            |
| Si o No | ¿Articulación artificial?     | Si o No | ¿Lentes de contacto?    |

### Está tomando/haciendo

- |         |   |         |                             |
|---------|---|---------|-----------------------------|
| Si o No | ¿Drogas recreativas?  | Si o No | ¿Tabaco en cualquier forma? |
| Si o No | ¿Medicamentos recetados, medicina de venta libre, remedios naturales? |         |                             |
| Si o No | ¿Alcohol?   |         |                             |

### Lista de medicinas

- Si o No ¿Usted tiene otra enfermedad o problema médico que no esté mencionado en esta forma?

### Solo para Mujeres:

- |         |  |         |  |
|---------|--|---------|--|
| Si o No | ¿Estas o puede ser que estés embarazada o amamantando? | Si o No | ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|---------|--|---------|--|

He respondido todas las preguntas completamente y con precisión, le informare a mi dentista de algún cambio en mi salud y/o medicamentos.

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

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

### Revisión de los seis meses

Firma del paciente/tutor: \_\_\_\_\_

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