***Su historia clínica es importante para el tratamiento que va a recibir. Por lo tanto, es importante que responda cada pregunta en su totalidad y honestamente. Encierre con un círculo sus respuestas.***

Describa su estado de salud actual: Excelente Bueno Regular Malo

Describa los síntomas que tiene hoy:

¿Hubo cambios en su salud en general este último año? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, describa:

¿Recibe atención médica por algún problema en particular en este momento? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, ¿por qué? Fecha del último examen físico \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez estuvo hospitalizado o tuvo una enfermedad grave? Sí No

Si la respuesta es “Sí”, ¿por qué?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE****¿Tiene, o alguna vez tuvo, lo siguiente?** |  |  |  |  |  |
| Enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, soplo cardíaco, enfermedad de la arteria coronaria, dolor torácico, presión arterial alta o baja, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), latidos cardíacos irregulares, cirugía cardíaca, marcapasos) | Sí | No | Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, falta de aliento, dolor torácico, tos intensa) | Sí | No |
|  |  | Glaucoma | Sí | No |
| Implantes en algún lugar del cuerpo (válvula cardíaca, marcapasos, cadera, rodilla) | Sí | No | Trastorno del sangrado, anemia, tendencia a hemorragias, transfusión de sangre ¿Le aparecen hematomas con facilidad? | Sí | No |
| Enfermedad renal o insuficiencia renal que requiere diálisis | Sí | No | Enfermedad hepática (ictericia, hepatitis A, B, o C)  | Sí | No |
| Enfermedad de la tiroides  | Sí | No | Diabetes | Sí | No |
| Úlceras estomacales o colitis | Sí | No | Artritis | Sí | No |
| Crujido, chasquido o dolor en la articulación de la mandíbula o dificultad para abrir la boca | Sí | No | Pérdida o aumento de peso importanteAtaques, convulsiones, epilepsia, desmayos o mareos | SíSí | NoNo |
| Aftas frecuentes o recurrentes en la boca | Sí | No | Problemas sinusales o nasales | Sí | No |
| Radiación en la cabeza o el cuello para el tratamiento del cáncer | Sí | No | Osteoporosis u osteopenia | Sí | No |
| Cualquier enfermedad, quimioterapia o trasplante ¿Tuvo o tiene cáncer? |  | Sí | No |
| Si la respuesta es “Sí”, ¿dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ¿y cuál fue la fecha de su último tratamiento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Tiene alguna otra enfermedad, afección o problema que no figure arriba y que cree que el médico debería saber? | Sí | No |
| Si la respuesta es “Sí”, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES****¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades? Si la respuesta es “Sí”, indique el parentesco.** |
| Diabetes | Sí | No | Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Cáncer  | Sí | No | Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Enfermedad cardíaca | Sí | No | Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Problemas de sangrado | Sí | No | Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Tumores | Sí | No | Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Enfermedad pulmonar | Sí | No | Relación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PACIENTES MUJERES**¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MEDICAMENTOS****¿Está usando alguno de los siguientes medicamentos?** |  |  |  |
| Antibióticos | Sí | No | Aspirina o fármacos como Motrin, Aleve o ibuprofeno | Sí | No |
| Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) | Sí | No | Insulina o fármacos para la diabetes de administración oral | Sí | No |
| Fármacos para el corazón | Sí | No | Medicamentos para la hipertensión | Sí | No |
| Esteroides (cortisona, prednisona, etc.)Agentes para la ansiedad, sedantes-hipnóticos y antidepresivos | Sí | No | Fármacos bifosfonatos, antiangiogénicos o antirresortivos para la osteoporosis, mieloma múltiple u otros tipos de cáncer. Si la respuesta es “Sí”, indique los fármacos que usa y cuánto hace que los usa. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Sí | No |
| Analgésicos recetados | Sí | No |  |  |
| Indique cualquier otro medicamento que haya usado o que use actualmente que no figure arriba, incluidos medicamentos recetados, fármacos para bajar de peso, medicamentos de venta libre, remedios holísticos o a base de hierbas, vitaminas o minerales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ALERGIAS****¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a cualquiera de los siguientes?** |
| Látex  | Sí | No |  | Codeína u otros analgésicos | Sí | No |
| Productos alimenticios | Sí | No |  | Aspirina, Motrin, Aleve o ibuprofeno | Sí | No |
| Sedantes y barbitúricos | Sí | No |  | Penicilina u otros antibióticos | Sí | No |

¿Ha tenido, usted o algún familiar cercano, algún problema con la anestesia local, anestesia general o la sedación por vía intravenosa?
 Sí No Si la respuesta es “Sí”, ¿con qué anestesia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál es el parentesco? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otras alergias a fármacos que no figuren arriba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **ANTECEDENTES SOCIALES** |
| ¿Alguna vez fumó o mascó tabaco? Sí No |  Si la respuesta es “Sí”, ¿durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Alguna vez ha buscado atención profesional o ha estadohospitalizado por lo siguiente?** | **¿Consume usted lo siguiente?** |
| Drogas | Sí | No |  | Alcohol | Sí | No | ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Trastornos emocionales | Sí | No |  | Marihuana | Sí | No | ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Alcoholismo | Sí | No |  | Drogas recreativas | Sí | No | ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS** |
| ¿Ha tenido algún efecto adverso a causa de un tratamiento odontológico? Sí No Si la respuesta es “Sí”, por favor explique\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Desea hablar con el médico en privado? Sí No |

Entiendo la importancia de la veracidad e integridad de la historia clínica para que mi médico pueda brindar la mejor atención posible.

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta.

Firma del paciente, padre/madre, tutor Fecha

Nombre del paciente, padre/madre, tutor (en letra de imprenta)/Relación Firma del médico

**ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Fecha Comentarios Firma del médico