

CENTRO ODONTOLÓGICO

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

HRN

Identidad de Género M Transgénero M
 F Transgénero F

Antecedentes odontológicos

Aclaración: Los datos son confidenciales y serán revisados por el proveedor de servicios médicos. Los datos serán utilizados para actualizar su historia clínica.

Estado de salud general - Marque Sí o NO.

Sí **No**

¿Se encuentra en buen estado de salud? Si respondió NO, explique _____
 ¿Notó algún cambio en su estado de salud en el último año? Si respondió Sí, explique _____

¿Estuvo en un hospital o en la sala de urgencias, o padeció alguna enfermedad grave en los últimos tres años? Si respondió Sí, explique _____

¿Cuenta con algún proveedor de servicios médicos actualmente?

Proveedor _____ Fecha del último reconocimiento médico _____

¿Tuvo alguna vez problemas con tratamientos odontológicos?

¿Está dolorido actualmente? Fecha del último reconocimiento odontológico _____

Fecha de la última consulta para limpieza/higiene bucal _____ Fecha de la última radiografía dental _____

¿Necesita ayuda para levantarse de una silla?

Marque los alimentos que suele consumir a diario: Grasas Fibras Cafeína Sal Azúcar Agua/Líquidos

MEDICAMENTOS - Indique los medicamentos que toma y las dosis, ya sean recetados o de venta libre.

Ninguno

Medicamento

Dosis

Medicamento

Dosis

ALERGIAS - ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes productos? Marque todos los que correspondan.

- Alimentos (por ejemplo mariscos, nueces, etc.) Si respondió Sí, ¿a cuáles? _____
- Medicamentos (como antibióticos o analgésicos) Si respondió Sí, ¿a cuál? _____
- Látex Metales Animales
- Anestesia local u óxido de dinitrógeno
- ¿Tiene alguna otra alergia que quiera contarnos? Si respondió Sí, ¿a qué? _____

PADECIO:

Sí No

- Dolor u opresión en el pecho
 Inflamación de tobillos
 Dificultad para respirar
 Pérdida de peso reciente, fiebre, sudor nocturno
 Tos constante, tos con sangre
 Hemorragias, moretones
 Problemas de los senos paranasales

Sí No

- Dificultad para tragar
 Diarrea, constipación, heces con sangre
 Vómitos frecuentes, náuseas
 Disuria, orina con sangre
 Mareos
 Zumbido en los oídos
 Síncope

Sí No

- Dolor de cabeza
 Vista borrosa
 Convulsiones
 Polidipsia
 Micción frecuente
 Sequedad de boca
 Ictericia
 Artralgia, rigidez articular

TIENE O TUVO:

Sí No

- Cardiopatías
 Infarto de miocardio, enfermedad cardíaca
 Antecedentes de soplos cardíacos
 Fiebre reumática
 Accidente cerebrovascular, arteriosclerosis
 Hipertensión arterial
 Asma bronquial, tuberculosis, enfisema, neumopatía
 Dolor de estómago, úlceras
 Tratamiento psiquiátrico
 Radioterapia

Sí No

- Quimioterapia
 Prótesis valvular
 Hepatitis, otras enfermedades hepáticas
 Antecedentes familiares de diabetes, problemas cardíacos, tumores
 SIDA/VIH
 Infecciones sexuales (herpes, sífilis, gonorrea)
 Prótesis articular
 Hospitalización
 Transfusiones de sangre

Sí No

- Cirugías
 Tumores, cáncer
 Artritis, reumatismo
 Enfermedades oculares
 Dermatosis
 Anemia/problems en sangre
 Insuficiencia renal o cistitis
 Hipotiroidismo, o trastorno de la glándula suprarrenal
 Diabetes
 Marcapasos
 Lentes de contacto

¿Tiene o tuvo alguna otra enfermedad o problema médico que no esté en la lista? Si corresponde, detalle cuál/cuáles:

SOLO PARA MUJERES

Sí No

- ¿Está o podría estar embarazada o en lactancia?

Sí No

- ¿Ingiere anticonceptivos actualmente?

CONSUME:

Sí No

- Drogas

Sí No

- Cualquier tipo de tabaco

Sí No

- Más de 2 bebidas alcohólicas por día?

La información que precede es correcta a mi leal saber y entender..

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Provider Name: _____ Signature: _____ Review Date: _____

Nombre _____

FDN _____

HRN _____