

**Historia Médica
HEALTH HISTORY**

Nombre del paciente: _____ No. de Seguro Social _____
Fecha de nacimiento _____

I. MARQUE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Si No ¿Tiene buena salud?
2. Si No ¿Ha sufrido algún cambio en su salud durante el último año?
3. Si No ¿Ha estado hospitalizado o ha sufrido alguna enfermedad grave en los últimos tres años?
¿Por qué? _____
4. Si No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Por qué? _____
Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Si No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Si No ¿Siente dolor ahora?

II. HA NOTADO:

- | | |
|---|---|
| 7. Si No ¿Dolor de pecho(angina)? | 18. Si No ¿Mareos? |
| 8. Si No ¿Los tobillos hinchados? | 19. Si No ¿Ruidos en los oídos? |
| 9. Si No ¿Falta de aliento? | 20. Si No ¿Dolores de cabeza? |
| 10. Si No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. Si No ¿Desmayos? |
| 11. Si No ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. Si No ¿Vista borrosa? |
| 12. Si No ¿Sangra fácilmente o excesivamente? | 23. Si No ¿Convulsiones? |
| 13. Si No ¿Problemas de sinusitis? | 24. Si No ¿Sed excesiva? |
| 14. Si No ¿Dificultad al tragar? | 25. Si No ¿Orina con frecuencia? |
| 15. Si No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 26. Si No ¿Boca seca? |
| 16. Si No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. Si No ¿Ictericia? |
| 17. Si No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. Si No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|---|---|
| 29. Si No ¿Enfermedades del corazón? | 40. Si No ¿SIDA o ARC? |
| 30. Si No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. Si No ¿Tumores, cáncer? |
| 31. Si No ¿Soplos en el corazón? | 42. Si No ¿Artritis, reuma? |
| 32. Si No ¿Fiebre reumática? | 43. Si No ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. Si No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. Si No ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. Si No ¿Presión sanguínea alta? | 45. Si No ¿Anemia? |
| 35. Si No ¿Tuberculosis, enfisema, otras enfermedades del pulmón? | 46. Si No ¿Enfermedades venéreas(sífilis o gonorrea)? |
| 36. Si No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. Si No ¿Herpes? |
| 37. Si No ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. Si No ¿Enfermedades del riñón, vejiga? |
| 38. Si No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos? | 49. Si No ¿Enfermedades de tiroides o de las suprarrenales? |
| 39. Si No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón? | 50. Si No ¿Diabetes? |

IV. TIENE O HA TENIDO:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 51. Si No ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. Si No ¿Hospitalizaciones? |
| 52. Si No ¿Tratamientos de radiación? | 57. Si No ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. Si No ¿Quimioterapia? | 58. Si No ¿Cirugías? |
| 54. Si No ¿Válvula artificial del corazón? | 59. Si No ¿Marcapasos? |
| 55. Si No ¿Articulación artificial? | 60. Si No ¿Lentes de contacto? |

V. ESTA TOMANDO:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 61. Si No ¿Drogas de uso recreativo? | 63. Si No ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. Si No ¿Medicamentos, incluyendo aspirina? | 64. Si No ¿Alcohol? |
- Por favor haga una lista: _____

VI. SOLO PARA MUJERES:

- | | |
|--|--|
| 65. Si No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. Si No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|--|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Si No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que no está en este cuestionario?
Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISION SUPLEMENTARIA:

- | | |
|-----------------------------|-------------|
| 1. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 2. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |
| 3. Firma del Paciente _____ | Fecha _____ |

INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA _____
PERSONA RESPONSABLE _____
DIRECCION DEL PACIENTE _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA _____
TELEFONO () _____ TELEFONO DE SU EMLEO () _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO: FEM. () MASCULINO ()
ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () DIVORCIADO () VIUDO ()
EMPLEO DE PACIENTE _____ OCCU. _____
DIRECCION DE EMPLEO _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ ZONA _____

INFORMACION GENERAL

NUMERO DE PERSONAS EN SU CASA _____
NUMERO DE NINOS EN SU CASA _____
NOMBRE DE DENTISTA ANTERIOR _____
FECHA DE ULTIMA CITA DENTAL _____
RAZON DE ULTIMA CITA DENTAL _____
RAZON DE ESTA CITA DENTAL _____
NOMBRE DEL MEDICO _____ FECHA DE ULTIMA CITA MEDICO _____
QUIEN LE REFIRIO ESTA CLINICA DENTAL _____
SE PUEDE ENCONTRAR EL PACIENTE EN CORTO AVISO () SI () NO

1. RAZON POR LA QUE TUVO TRATAMIENTO DENTAL ? _____
2. HA VENIDO USTED O ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA A ESTA CLINICA
PARA TRATAMIENTO DENTAL ? () SI () NO QUIEN _____
CUANDO _____ PORQUE _____
3. DESDE SU ULTIMA CITA AQUI HA HABIDO ALGUN CAMBIO:
() NOMBRE () DIRECCION () TELEFONO () EMPLEO () SALUD
4. COMO SUPO USTED DE ESTA OFICINA DENTAL ? _____
5. INDIQUE QUE CLASE DE TRATAMIENTO HA TENIDO ANTES DE
ESTA CITA: _____
6. SI USTED TIENE DOLOR EN ALGUN DIENTE, CONSIDERA ALGUN
TRATAMIENTO PARA SALVAR EL DIENTE ? SI _____ NO _____
7. SI A USTED LE SACAN UN DIENTE O TIENE UNO O MAS DIENTES QUE LE FALTAN
ESTA INTERESADO DE REPONER ESE DIENTE ? SI _____ NO _____
8. CUANDO FUE SU ULTIMA LIMPIEZA DENTAL ? _____
9. CUANDO USTED SE CEPILLA LOS DIENTES LE SALE SANGRE DE LA ENCIA ?
SI _____ NO _____
10. QUE DIAS Y A QUE HORA LE GUSTARIAN SUS CITAS ? _____
11. SU DENTISTA EMPEZARA SU TRATAMIENTO HOY.
** FAVOR DE INDICAR COMO PREFIERE PAGAR HOY POR SU SERVICIO**
_____ SEGURO (Trajo sus formas del seguro? _____)
_____ EFECTIVO O CHEQUE PERSONAL
_____ MEDICAID
_____ TARJETA DE CREDITO (VISA _____ MC _____ AM/EX _____ DISCOVER _____)

PARA USO DE LA OFICINA: REVISADO POR: _____

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

****You May Refuse to Sign This Acknowledgement****

I, _____, have received a copy of this office's Notice of
Privacy Practices.

{Please Print Name}

{Signature}

{Date}

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but
acknowledgement could not be obtained because:

- ☐ Individual refused to sign
- ☐ Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- ☐ An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- ☐ Other (Please Specify)

© 2002 American Dental Association
All Rights Reserved

Reproduction and use of this form by dentists and their staff is permitted. Any other use, duplication or distribution of this form by any other party requires
the prior written approval of the American Dental Association.

This Form is educational only, does not constitute legal advice, and covers only federal, not state, law (August 14, 2002).