

HISTORA MEDICA

HISTORIA MEDICA

Nombre del medico _____ teléfono _____ fecha de último examen _____

- | | | | |
|--|---|---|---|
| Se encuentra bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Usa lentes de contacto? _____ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Es alérgico o ha tenido reacciones alérgicas a: | |
| Explique _____ | | Anestesia local | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Está tomando algún medicamento? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Penicilina u otro antibiótico | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ha tomado medicamentos para el cáncer? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sulfa | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Actualmente fuma o ha fumado? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Sedativos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Consumo drogas? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Yodo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tiene tos crónica? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Aspirina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ha tomado: Fosamax, Boniva, Actonel, Reclast? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Metales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | Látex | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Mujeres:

Está o piensa que puede estar embarazada? Si No Está amamantando? Si No Está tomando anticonceptivos? Si No

Tiene o ha padecido alguno de los siguientes:

- | | | | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------|---|-----------------------------|---|
| Tensión alta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ataque de corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Marcapaso del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Alergias | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Soplo del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ataque del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Desmayos/ataques | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cansancio frecuente | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tratamiento de radiación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Glaucoma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tensión baja | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfisema pulmonar | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Cáncer | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Leucemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Artritis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Reemplazo de articulación | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas de respiración | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de riñones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Hepatitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas gástricos/ulceras | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Otro | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

HISTORIA DENTAL

Nombre del dentista previo _____ Fecha del último examen _____

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Sus encías sangran al cepillarse? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tiene dolores de cabeza frecuentes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tiene sensibilidad dental al frío o calor? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Rechina o apriétalos dientes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tiene sensibilidad dental con el dulce? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Se muerde los labios o cachetes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Siente dolor en alguno de sus dientes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ha tenido extracciones difíciles? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido accidente en la cabeza, cuello o cara? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ha sangrado mucho después de extracciones? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Tiene alguna lesión o nódulo en la boca? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ha tenido tratamiento de ortodoncia? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido alguno de los siguientes: | | Ha tenido o tiene dentaduras? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Click en la mandíbula | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Le han dado instrucciones de higiene dental? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dolor (mandíbula, articulación, cara) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Le gusta la apariencia de sus dientes? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad para abrir o cerrar la boca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Se ha hecho blanqueamiento dental? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dificultad para masticar | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |

AUTORIZACION

Certifico que he leído y entendido a mi mejor conocimiento la información antes escrita. Las preguntas anteriores han sido respondidas correctamente. Entiendo que dando información falsa puede ser perjudicial para mi salud. Autorizo a Avila Dental a proveer información, incluyendo diagnóstico, descripción de tratamientos y/o exámenes realizados a mi o a mi hijo (a) durante el periodo de tratamiento dental en Avila Dental a un tercero y/u otros profesionales de la salud. Autorizo y requiero que mi seguro dental haga pagos directos a Avila Dental por servicios prestados a mi o a mi hijo (a). Entiendo que la compañía de mi seguro dental puede pagar menos del costo de los servicios prestados. Me comprometo a ser responsable por el pago de todos los servicios prestados a mi o mis dependientes.

Firma del paciente (o representante si es un menor)

Fecha