

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA PARA PACIENTES NUEVOS

NOMBRE DEL PACIENTE _____ Fecha de nacimiento _____

FARMACIA PREFERIDA _____ UBICACIÓN _____

Aunque el personal de periodoncia trata principalmente el área dentro y alrededor de su boca, esta es parte de su cuerpo en general. Los problemas de salud que pueda tener o los medicamentos que esté tomando pueden tener una interrelación importante con la terapia que recibirá. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? () Sí () No

Si la respuesta es sí, nombre/teléfono # _____

¿Ha sufrido alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello? () Sí () No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Toma actualmente algún medicamento, píldora o droga, ya sea recetado o de venta libre? () Sí () No

Si la respuesta es sí, liste aquí: _____

¿Actualmente toma o ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel, Prolia, Zometa, Reclast, Aredia, Didrocal u otro medicamento para la osteoporosis o el cáncer que contenga bisfosfonatos? () Sí () No

En los últimos 5 años, ¿ha sido hospitalizado(a) o se ha sometido a una cirugía mayor? () Sí () No

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Usa o ha usado tabaco, marihuana o vapeador? () Sí () No

¿Consume alcohol? () Sí () No () Ocasional/Moderado/Excesivo

¿Usa sustancias controladas? () Sí () No Si la respuesta es sí, liste cuáles: _____

Para mujeres:

- ¿Está embarazada o intentando quedar embarazada? () Sí () No
- ¿Toma anticonceptivos orales o terapia de reemplazo hormonal? () Sí () No

ALERGIAS: ¿Es alérgico(a) a alguno de los siguientes?

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| ☐ Aspirina, ibuprofeno, NSAIDs | ☐ Barbitúricos, sedantes, pastillas para dormir | ☐ Látex |
| ☐ Penicilina, amoxicilina | ☐ Codeína/morfina u otros narcóticos | ☐ Metales |
| ☐ Sulfamidas | ☐ Anestésicos locales | ☐ Animales |
| ☐ Fiebre del heno/Estacionales | ☐ Yodo | ☐ Alimentos |
| ☐ Otros _____ | | |

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

Tuberculosis activa	☐ Sí ☐ No	Contacto con alguien con tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Tos persistente de más de 3 semanas	☐ Sí ☐ No	Tos con sangre	☐ Sí ☐ No
VIH/SIDA	☐ Y ☐ N	Epilepsia/convulsiones	☐ Y ☐ N
Anafilaxia	☐ Y ☐ N	Sangrado excesivo	☐ Y ☐ N
Anemia	☐ Y ☐ N	Desmayos/Mareos	☐ Y ☐ N
Artritis/Gota.	☐ Y ☐ N	Tos frecuente.	☐ Y ☐ N
Válvula cardíaca artificial	☐ Y ☐ N	Glaucoma	☐ Y ☐ N
Prótesis articular	☐ Y ☐ N	Migrañas.	☐ Y ☐ N
Asma	☐ Y ☐ N	Infarto/Insuficiencia cardíaca	☐ Y ☐ N
Trastorno sanguíneo	☐ Y ☐ N	Soplo cardíaco	☐ Y ☐ N
INR _____		Marcapasos.	☐ Y ☐ N
Transfusión de sangre	☐ Y ☐ N	Enfermedad cardíaca	☐ Y ☐ N
Tendencia a los hematomas	☐ Y ☐ N	Hemofilia	☐ Y ☐ N
Cáncer	☐ Y ☐ N	Hepatitis A, B, o C	☐ Y ☐ N
Quimioterapia/Radiación.	☐ Y ☐ N	Herpes	☐ Y ☐ N
Dolor en el pecho	☐ Y ☐ N	Hipertensión.	☐ Y ☐ N
Fuegos labiales	☐ Y ☐ N	Arritmia.	☐ Y ☐ N
Cardiopatía congénita.	☐ Y ☐ N	Problemas renales.	☐ Y ☐ N
EPOC/Enfisema.	☐ Y ☐ N	Problemas hepáticos	☐ Y ☐ N
Diabetes	☐ Y ☐ N		
HbA1C _____			
		Presión arterial baja	☐ Y ☐ N
		Enfermedad pulmonar	☐ Y ☐ N
		Consumo de marihuana	☐ Y ☐ N
		Trastorno de salud mental	☐ Y ☐ N
		Prolapso de la válvula mitral	☐ Y ☐ N
		Osteoporosis	☐ Y ☐ N
		Dolor en la mandíbula	☐ Y ☐ N
		Pérdida de peso reciente	☐ Y ☐ N
		Fiebre reumática	☐ Y ☐ N
		Problemas sinusa	☐ Y ☐ N
		Problemas estomacales	☐ Y ☐ N
		Accidente cerebrovascular	☐ Y ☐ N
		Enfermedad de la tiroides	☐ Y ☐ N
		Tuberculosis	☐ Y ☐ N
		Tumores.	☐ Y ☐ N
		Úlceras	☐ Y ☐ N

¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave no mencionada anteriormente? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, explique: _____

Premedicación: ¿Algún médico o dentista le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No

COMENTARIOS:

A mi leal saber y entender, he respondido con exactitud las preguntas de este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Es mi responsabilidad informar a LONGMONT PERIODONTICS sobre cualquier cambio en mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL

_____ FECHA _____