

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Sexo _____ Estatura _____ Peso _____

Fecha de hoy _____

**Contar con una historia clínica precisa y completa nos ayudará a coordinar su atención odontológica.
Comuníquese con el médico o con el personal en caso de tener cualquier pregunta acerca de este formulario.**

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Describe el estado actual de su salud dental: Excelente Bueno Regular Malo

Describe el motivo por el cual acudió al consultorio el día de hoy _____

¿Hubo cambios en su salud dental en el último año? Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuáles _____

¿Tiene alguna molestia dental en este momento? Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuál _____

¿Ha tenido algún efecto adverso a causa de un tratamiento odontológico? Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuál _____

¿Fecha de la última consulta odontológica? _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS - ¿Tiene o ha tenido algo de lo siguiente?:

Sangrado y dolor en las encías	Sí / No	Desplazamiento de la mordida	Sí / No
Sabor desagradable o mal aliento	Sí / No	Cambios en la mordida	Sí / No
Hinchazón o bultos en la boca	Sí / No	Quemadura en la lengua o los labios	Sí / No
Tratamiento ortodóncico (ortodoncia)	Sí / No	Ampollas frecuentes en los labios o la boca	Sí / No
Bruxismo o rechinar de los dientes	Sí / No	Sensibilidad en los dientes (al frío o al calor)	Sí / No
Sensibilidad a los dulces	Sí / No	Chasquidos en la mandíbula o mandíbula trabada	Sí / No
Sensibilidad al morder	Sí / No	Dificultad para abrir o cerrar la mandíbula	Sí / No
Impactación alimentaria	Sí / No	Dientes flojos	Sí / No
Mordeduras en las mejillas o los labios	Sí / No		

ANTECEDENTES MÉDICOS

Describe su estado de salud general actual: Excelente Bueno Regular Malo

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

Si la respuesta es "Sí", indique cuáles: _____

¿Está recibiendo atención médica por alguna afección en este momento? Sí / No ¿Fecha del último examen físico? _____

Si la respuesta es "Sí", indique cuál _____

Nombre del médico _____ Número de teléfono del médico _____

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

Si la respuesta es "Sí", indique cuál _____

¿Alguna vez se sometió a una cirugía? Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuál _____

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente _____

Fecha de hoy _____

HISTORIA CLÍNICA (continuación): ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?:

Enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cardiovascular, como infarto de miocardio, soplo cardíaco, enfermedad de la arteria coronaria, dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), latidos cardíacos irregulares, cirugía cardíaca, marcapasos	Sí / No	Enfermedad pulmonar, como asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, dificultad para respirar, dolor en el pecho, tos intensa	Sí / No
Implantes en algún lugar del cuerpo, como válvula cardíaca, marcapasos, cadera, rodilla	Sí / No	Trastorno hemorrágico, anemia, tendencia a hemorragias, transfusión de sangre o propensión a la aparición de hematomas	Sí / No
Enfermedad renal o insuficiencia renal que requiere diálisis	Sí / No	Enfermedad hepática, como ictericia, hepatitis A, B, o C	Sí / No
Enfermedad de la tiroides	Sí / No	Artritis	Sí / No
Úlceras estomacales o colitis	Sí / No	Pérdida o aumento de peso importante	Sí / No
Diabetes	Sí / No	Problemas sinusales o nasales	Sí / No
Glaucoma	Sí / No	Apneas del sueño	Sí / No
Cáncer	Sí / No	Osteoporosis u osteopenia	Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique el tipo _____

Fecha de diagnóstico _____

Tratamientos _____

¿Tiene alguna otra afección sobre la cual sea importante que su médico esté al tanto? Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuáles _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES: ¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes afecciones?

Diabetes	Sí / No	Relación _____	Enfermedad cardíaca	Sí / No	Relación _____
Enfermedad pulmonar	Sí / No	Relación _____	Problemas de sangrado	Sí / No	Relación _____
Cáncer	Sí / No	Relación _____			

¿Algún familiar cercano ha tenido algún problema con la anestesia local, la anestesia general y/o la sedación por vía intravenosa? Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuáles _____

MEDICAMENTOS: ¿Le han recetado o está tomando alguno de los siguientes medicamentos actualmente?:

Antibióticos	Sí / No	Analgésicos recetados	Sí / No
Anticoagulantes o diluyentes de la sangre	Sí / No	Aspirina o fármacos como Motrin, Aleve o ibuprofeno	Sí / No
Medicamentos para el corazón	Sí / No	Insulina o medicamentos para la diabetes de administración oral	Sí / No
Esteroides, como cortisona o prednisona	Sí / No	Medicamentos para la presión arterial	Sí / No

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente _____

Fecha de hoy _____

Ansiolíticos, antidepresivos u otros medicamentos psiquiátricos Sí / No

Biofosfonatos u otros medicamentos para fortalecer los huesos Sí / No

Fármacos para el cáncer o quimioterapia Sí / No

Otros medicamentos o suplementos Sí / No

MEDICAMENTOS (continuación): Indique los medicamentos específicos mencionados arriba y cualquier otro medicamento no incluido en la lista anterior que esté tomando actualmente. Incluya todos los medicamentos recetados, fármacos para bajar de peso, medicamentos de venta libre, remedios holísticos o a base de hierbas, vitaminas o minerales:

Medicamento y dosis	Medicamento y dosis

ALERGIAS: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a algo de lo siguiente?

Látex Sí / No Codeína u otros medicamentos para el control del dolor Sí / No

Alimentos o productos alimenticios Sí / No Aspirina, ibuprofeno (Motrin) o naproxeno (Aleve) Sí / No

Sedantes o barbitúricos Sí / No Penicilina u otros antibióticos Sí / No

Otros medicamentos Sí / No Otras alergias Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuáles _____

ANTECEDENTES DE ANESTESIA

¿Ha tenido algún problema relacionado con la anestesia local, anestesia general o la sedación por vía intravenosa? Sí / No

Si la respuesta es "Sí", indique cuál _____

PACIENTES DE SEXO FEMENINO ¿Está embarazada? Sí / No ¿Existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí / No

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alguna vez fumó, usó un vaporizador o mascó tabaco? Sí / No

¿Consume usted lo siguiente?

Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuánto tiempo? _____

Alcohol _____ Sí / No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces por semana? _____

¿Alguna vez ha buscado atención profesional o ha estado hospitalizado por lo siguiente?

Marihuana Sí / No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces por semana? _____

Drogas recreativas Sí / No Si la respuesta es "Sí", ¿cuántas veces por semana? _____

Consumo de sustancias Sí / No

Trastornos emocionales Sí / No

Alcoholismo Sí / No

¿DESEA TRATAR ALGÚN TEMA EN PRIVADO CON EL MÉDICO? Sí / No

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente _____

Fecha de hoy _____

Entiendo la importancia de suministrar una historia clínica verdadera y completa para que mi médico pueda brindar atención coordinada. La información brindada más arriba es completa y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del paciente, padre/madre, tutor

Fecha

Nombre del paciente, padre/madre, tutor, en letra de imprenta/Relación

Para uso del personal del consultorio: REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha	Comentarios	Firma del médico
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Para uso del personal del consultorio: OTROS DOCUMENTOS CLÍNICOS

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA

Nombre del paciente _____

Fecha de hoy _____
