

# Historial Clínico Confidencial

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Sí / No ¿Su estado general de salud es bueno?  
Si respondió NO, explique: \_\_\_\_\_
2. Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_
3. Sí / No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_
4. Sí / No ¿Actualmente es atendido por un médico? Si respondió SI, explique: \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_ Motivo del examen: \_\_\_\_\_
5. Sí / No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_  
Fecha de último examen dental: \_\_\_\_\_ Nombre del último dentista tratante: \_\_\_\_\_
6. Sí / No ¿Siente dolor ahora?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_

## II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Dolor de pecho (angina)	Sí / No	Sangre en las heces	Sí / No	Vómitos frecuentes
Sí / No	Desmayos	Sí / No	Diarrea o constipación	Sí / No	Ictericia
Sí / No	Considerable pérdida de peso reciente	Sí / No	Micción frecuente	Sí / No	Boca seca
Sí / No	Fiebre	Sí / No	Dificultad al orinar	Sí / No	Sed excesiva
Sí / No	Sudores nocturnos	Sí / No	Zumbido en los oídos	Sí / No	Dificultad al tragar
Sí / No	Tos persistente	Sí / No	Dolores de cabeza	Sí / No	Tobillos inflamados
Sí / No	Expectoración de sangre	Sí / No	Mareos	Sí / No	Dolor o rigidez en articulaciones
Sí / No	Trastornos hemorrágicos	Sí / No	Visión borrosa	Sí / No	Falta de aire
Sí / No	Sangre en la orina	Sí / No	Aparición de moretones con facilidad	Sí / No	Problemas de sinusitis

Otro: \_\_\_\_\_

## III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Enfermedad cardíaca	Sí / No	SIDA/HIV	Sí / No	Atención psiquiátrica
Sí / No	Historial familiar de enfermedad cardíaca	Sí / No	Cirugías	Sí / No	Osteoporosis
Sí / No	Infarto	Sí / No	Internación	Sí / No	Enfermedad tiroidea
Sí / No	Articulación artificial	Sí / No	Diabetes	Sí / No	Asma
Sí / No	Problemas de estómago o úlceras	Sí / No	Historial familiar de diabetes	Sí / No	Hepatitis
Sí / No	Defectos cardíacos	Sí / No	Tumores o cáncer	Sí / No	Enfermedad de transmisión sexual
Sí / No	Soplo cardíaco	Sí / No	Quimioterapia	Sí / No	Herpes
Sí / No	Fiebre reumática	Sí / No	Radioterapia	Sí / No	Chancro o afta
Sí / No	Enfermedad de la piel	Sí / No	Artritis, reumatismo	Sí / No	Anemia
Sí / No	Endurecimiento de las arterias	Sí / No	Enfisema u otra enfermedad pulmonar	Sí / No	Enfermedad del hígado
Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis

Otro: \_\_\_\_\_

**IV. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS**

(Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros narcóticos
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nítrico	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal

Otro: \_\_\_\_\_

**V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?** (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tabaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosamax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta: \_\_\_\_\_

**VI. MUJERES SOLAMENTE** (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? Si respondió SI, ¿de cuántos meses? \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Está amamantando? \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_

**VII. TODOS LOS PACIENTES** (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario?  
Si respondió SI, explique: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si respondió SI, ¿cuándo?:  
\_\_\_\_\_

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen? Si respondió SI, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?

*La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médicamente comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.*

Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿A quién desea que contactemos en caso de emergencia?**

Nombre: \_\_\_\_\_ Vínculo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al rellenar este formulario.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Padre o Tutor) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista Fecha

**ACTUALIZACIONES MÉDICAS**

He revisado mi historial clínico y confirmo que refleja con precisión mis afecciones pasadas y presentes.

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE	CAMBIOS EN HISTORIAL CLÍNICO	INICIALES DENTISTA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____