

Nombre de paciente: _____



HISTORIA CLINICA DE PACIENTE (POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS)

Sus respuestas en este formulario ayudarán a obtener un historial detallado de sus inquietudes y afecciones médicas, o las de su hijo/a/x. Si no recuerda algunos detalles o tiene preguntas sobre la información solicitada, le recomendamos que consulte con su equipo de salud.

Alergias:

Fuente: (medicamentos, polen, alimentos, animales, otras)	Tipo de reacción:

Medicamentos actuales: (incluya los recetados, de venta libre, suplementos, vitaminas y hierbas)

Nombre del Medicamento	Dosis	Número de veces al día	Motivo	Recetado por

Cuidado de la salud:	Sí	No
¿Asistió a consulta con el dentista en el año anterior?		
¿Se realizó un examen de la vista en el año anterior?		
¿Recibió atención médica en el año anterior?		

Historial de Hospitalizaciones y Cirujías (incluyendo hospitalizaciones psiquiátricas):

Razon:	Fecha	Ubicación	¿Permaneció al menos una noche en el hospital?

Nombre de paciente: _____

Vacunas:

Marque todas las vacunas que le hayan colocado y anote el año si lo recuerda.

Vacuna:	Año:	Vacuna:	Año:	Vacuna:	Año:
Vacuna antigripal		Polio		Tétanos	
Hepatitis A		Meningitis		Tétanos con tos ferina (DTAP, TDAP)	
Hepatitis B		Covid		Varicela	
VPH		Neumonía (P13, P23)		H. influenzae	
Sarampión, paperas y rubéola		Herpes zóster o culebrilla (Shingrix, Zostavax)		Otra:	

¿Le han realizado alguna de las siguientes pruebas de detección?

Tipo de prueba:	¿Realizada/obtenida?	Fecha	Lugar de la prueba	Resultado (encierre en un círculo)
Colonoscopia	Sí o No			Normal Anormal
Densitometría ósea (densidad ósea)	Sí o No			Normal Anormal
Pruebas del corazón: cateterismo, prueba de esfuerzo, ecocardiograma	Sí o No			Normal Anormal
Mamografía	Sí o No			Normal Anormal
Papanicolaou	Sí o No			Normal Anormal
Hepatitis A, B o C (análisis de sangre)	Sí o No			Normal Anormal
VIH/SIDA (análisis de sangre)	Sí o No			Normal Anormal
Herpes simple I y II (análisis de sangre)	Sí o No			Normal Anormal

Para las siguientes preguntas, responda lo mejor que pueda o consulte con su proveedor/a/x.

Actividad sexual:

Persona Sexualmente Activa (marque la casilla correspondiente): Sí No Prefiero no decirlo

Método Anticonceptivo (incluya todas las opciones que apliquen): Preservativo, píldora anticonceptiva, diafragma, otro:

Consumo de Tabaco o Cigarrillos Electrónicos:

Estado de consumo de tabaco (marque una opción):

Consumo diario de tabaco Consumo ocasional Dejé de fumar Nunca ha fumado

Consumo actual: cajetillas/día: _____ N.º de años: _____

Detalles del consumo:

¿Ha intentado dejar de fumar? (marque la casilla que corresponde): Sí No

Fecha en la que dejó de fumar: _____ ¿Por cuántos años fumó? _____ ¿Cuántas cajetillas al día fumaba? _____

Otro tipo de tabaco (marque las opciones que correspondan): Pipa Puro Rapé Tabacaco de Mascar Cigarrillos Electrónicos

Nombre de paciente: _____

Afecciones médicas

pasadas y actuales:



indique con una X si ha tenido lo siguiente:

Afecciones cutáneas	Neurológicas
Eczema/psoriasis	Migraña o dolores de cabeza
Ojos/oídos	Convulsiones o desmayos
Ceguera	Epilepsia
Pérdida de la audición	Lesión cerebral traumática/conmoción cerebral
Respiratorias	Retraso en el desarrollo
Asma	Fecha del accidente cerebrovascular:
Neumonía	Gastrointestinales
Cardiovasculares	Intestino irritable/colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn
Hipertensión	Musculoesqueléticas
Colesterol alto	Lesión de espalda/cuello
Enfermedad del corazón	Artritis
Ataque al corazón	Osteoporosis
Sustitución de válvula cardíaca	Urológicas/renales
Endocrinológicas	Cálculos renales
Diabetes tipo 1	Enfermedad renal crónica
Diabetes tipo 2	Infección frecuente del tracto urinario
Problemas de la tiroides	Emocionales/del comportamiento
Afecciones de la sangre	TDAH (Trastorno por déficit de atención e hiperactividad)
Anemia	Discapacidad de aprendizaje
Problemas de sangrado/coagulación	Depresión
Cáncer: diagnóstico y fecha	Abuso de alcohol o drogas
Quimioterapia (pasada o actual)	Ansiedad
Radioterapia (pasada o actual)	Trastornos de la alimentación
Enfermedades infecciosas	Enfermedad mental
Hepatitis A, B o C (encierre en un círculo cuál)	Diagnóstico
VIH/SIDA	Otra afección: (especifique)
Herpes simple I o II	

Antecedentes familiares: indique con una X si un miembro de la familia tiene una de las siguientes afecciones:

Afección	Madre	Padre	Hermanos	Abuelos
Enfermedad del corazón				
Presión arterial alta				
Cáncer (mama, ovario, colon, próstata)				
Diabetes				
Glaucoma				
Enfermedad mental				
Accidente cerebrovascular				

Nombre de paciente: _____

Información dental:

Sí No No sé

	Sí	No	No sé
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o utiliza el hilo dental?			
¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?			
¿Se le atasca la comida o el hilo dental entre los dientes?			
¿Tiene la boca seca?			
¿Se ha sometido a algún tratamiento periodontal (de las encías) especializado?			
¿Se ha sometido alguna vez a un tratamiento de ortodoncia (frenillos)?			
¿Ha tenido algún problema relacionado con tratamientos dentales anteriores?			
En caso afirmativo, explique:			
¿Siente actualmente dolor o molestias dentales?			
¿Tiene dolores de oído o de cuello?			
¿Siente algún chasquido, golpeteo o molestia en la mandíbula?			
¿Rechina los dientes?			
¿Tiene llagas, úlceras o herpes en la boca?			
¿Usa dentadura postiza o prótesis parciales?			
¿Tiene algún problema de destreza que le lleve a tener problemas de higiene bucal?			
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en la boca?			
¿Está tomando o tiene previsto empezar a tomar algún medicamento para la osteoporosis, el dolor óseo, la hipercalcemia, (o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico)? Por ejemplo, alendronato (Fosamax), Boniva, risedronato (Actonel) o Denosumabs como Xgeva, Prolia, (ácido zoledrónico (Reclast o Zometa) o pamidronato (Aredia)			
¿Se ha sometido a una sustitución total ortopédica de una articulación?			
¿Le ha recomendado un médico o dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?			
¿Está tomando actualmente un " anticoagulante " como Warfarina, Coumadin, Xarelto, Plavix/clopidogrel (marque NO si solo toma aspirina)			
¿Está usted inmunodeprimido o toma algún medicamento que suprima su sistema inmunológico (por ejemplo, medicamentos después de un trasplante de órganos, medicamentos inmunosupresores para el cáncer, etc.)?			