

Historial Médico

Medical History

Para que podamos brindarle la mejor atención posible, es importante que informe a todo el personal odontológico involucrado en su tratamiento sobre el estado general de su salud. Por favor llene este formulario de historial médico. Esta información es, por supuesto, confidencial.

So that we may provide you with the best possible care, it is important that you tell all dental personnel involved in your treatment about the general state of your health. Please complete this medical history form. This information is, of course, confidential.

Nombre del Paciente: _____ Apellido del Paciente: _____

Patient First Name: _____ Patient Last Name: _____

Fecha de Nac.: _____ Teléfono: _____ Fecha de Hoy: _____

Date of Birth: _____ Phone: _____ Today's Date: _____

Si está llenando este formulario por otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?

If you are completing this form for another person, what is your relationship to that person?

Su Nombre: _____ Relación: _____

Your Name: _____ Relationship: _____

HISTORIAL MÉDICO

MEDICAL HISTORY

Nombre del Médico: _____

Physician's Name: _____

Dirección: _____

Address: _____

¿Ahora se encuentra bajo el cuidado de un médico?

☐ Sí ☐ No

Are you now under the care of a physician?

Yes No

En caso afirmativo, ¿por qué motivo? _____

If yes, for what reason?

¿Está tomando actualmente algún medicamento/droga/píldora?

☐ Sí ☐ No

Are you presently taking any medications/drugs/pills?

Yes No

¿Usted o alguien en su familia ha tenido alguna reacción adversa a la anestesia local, sedación intravenosa o anestesia general?

☐ Sí ☐ No

Yes No

Have you or anyone in your family had an adverse reaction to local anesthesia, IV sedation, or general anesthesia?

¿Hay algo que le gustaría discutir en privado con el Dentista?

☐ Sí ☐ No

Is there anything you would like to discuss privately with the Dentist?

Yes No

MEDICAMENTOS

Mencione las recetas (incluidas las píldoras anticonceptivas), las vitaminas, los suplementos herbales, los productos naturales, los medicamentos de venta libre que toma de forma rutinaria y las sustancias controladas. Incluya las dosis si están disponibles.

MEDICATIONS

List prescriptions (including birth control pills), vitamins, herbal supplements, natural products, over-the-counter drugs taken routinely and controlled substances. Include dosages if available.

ALERGIAS / SENSIBILIDADES

ALLERGIES / SENSITIVITIES

¿Es alérgico / sensible (o alguna vez ha tenido una reacción adversa) a: *Marque todas las que correspondan o marque ninguno*

Are you allergic / sensitive (or ever had an adverse reaction) to: *Check all that apply or check none*

☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Anestesia Local ☐ Metales ☐ LÁTEX ☐ NINGUNO
Penicillin Codeine Local Anesthetic Metals LATEX NONE

☐ Aspirina ☐ Otros Antibióticos ☐ Otros Medicamentos o Sustancias: _____
Aspirin Other Antibiotics Other Medications or Substances:

Describa la reacción: _____

Describe reaction:

BISFOSFONATOS

BISPHOSPHONATES

¿Alguna vez ha tomado o está tomando o tiene programado comenzar a tomar alguno de los medicamentos, alendronato (Fosamax®), risedronato (Actonel®) o ibandronato (Boniva®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?

Have you ever or are you currently taking or scheduled to begin taking any of the medications, alendronate (Fosamax®), risedronate (Actonel®) or ibandronate (Boniva®) for osteoporosis or Paget's disease?

☐ Sí ☐ No

Yes No

Desde el 2001, ¿ha sido tratado o tiene programado comenzar tratamiento con bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?

Since 2001, were you treated or are you presently scheduled to begin treatment with intravenous bisphosphonates (Aredia® or Zometa®) for bone pain, hypercalcemia or skeletal complications resulting from Paget's disease, multiple myeloma or metastatic cancer?

☐ Sí ☐ No

Yes No

Fecha de inicio del tratamiento: _____

Date treatment began:

-- Para preguntas que requieran respuestas más largas, utilice la sección "Comentarios" en la página 3 de este formulario. --

-- For questions requiring longer responses, please use "Comments" section on page 3 of this form. --

¿Alguna vez ha usado o usa actualmente productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No ¿Hace cuánto que lo dejó? _____

Have you ever used or currently use tobacco products? Yes No How long ago did you quit?

☐ Cigarrillos ☐ Puros ☐ Pipa ☐ Masticable ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Cigarettes Cigars Pipe Chew How much? How often?

¿Usa marihuana? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Do you use marijuana? Yes No How much? How often?

¿Consume bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
Do you drink alcoholic beverages? Yes No How much? How often? _

¿Vapea o usa cigarrillos electrónicos? ☐ Sí ☐ No

Do you vape or use e-cigarettes? Yes No

MUJERES: ¿Está embarazada o sospecha que pudiera estarlo? ☐ Sí ☐ No ¿Está amamantando?
☐ Sí ☐ No

WOMEN: Are you pregnant or suspect that you may be? Yes No Are you nursing? Yes No

Tiene, o alguna vez ha tenido cualquiera de los siguientes: (SÍ O NO)

Do you have, or have you ever had any of the following: (YES OR NO)

SÍ/YES NO/NO		SÍ/YES NO/NO	
1. Artificial (válvula cardíaca protésica) Artificial (prosthetic heart valve)	☐ ☐	32. Trastornos Sanguíneos Blood Disorders	☐ ☐
2. Endocarditis infecciosa previa Previous infective endocarditis	☐ ☐	33. Anemia Anemia	☐ ☐
3. Válvulas dañadas en corazón trasplantado Damaged valves in transplanted heart	☐ ☐	34. Leucemia Leukemia	☐ ☐
4. Cardiopatía congénita (CPC) Congenital heart disease (CHD)	☐ ☐	35. Sangrado Prolongado Prolonged Bleeding	☐ ☐
Cardiopatía cianótica sin reparar Unrepaired, cyanotic CHD	☐ ☐	36. Hemofilia Hemophilia	☐ ☐
Reparada (completamente) en los últimos 6 meses Repaired (completely) in last 6 months	☐ ☐	37. Enfermedad de Células Falciformes Sickle Cell Disease	☐ ☐
Cardiopatía reparada con defectos residuales Repaired CHD with residual defects	☐ ☐	38. Cáncer Cancer	☐ ☐
5. Enfermedad/Cirugía Cardíaca Heart Disease/Surgery	☐ ☐	39. Tumores Tumors	☐ ☐
6. Soplo cardíaco Heart murmur	☐ ☐	40. Quimioterapia Chemotherapy	☐ ☐
7. Marcapasos en el corazón Heart pacemaker	☐ ☐	41. Radioterapia Radiation Therapy	☐ ☐
8. Fiebre reumática/enfermedad cardíaca Rheumatic fever/heart disease	☐ ☐	42. Trastornos Neurológicos Neurological Disorders	☐ ☐
9. Prolapso de la válvula mitral Mitral valve prolapse	☐ ☐	43. Epilepsia Epilepsy	☐ ☐
10. Presión arterial alta/baja High/low blood pressure	☐ ☐	44. ACV Stroke	☐ ☐
11. Discapacidad de Aprendizaje Learning Disability	☐ ☐	45. Artritis / Reumatismo Arthritis / Rheumatism	☐ ☐
12. Trastorno de Salud Mental Mental Health Disorder	☐ ☐	46. Enfermedad Autoinmune Autoimmune Disease	☐ ☐

13. Anorexia Anorexia	☐	☐	47. Articulación Artificial / Prótesis Artificial Joint / Prosthesis	☐	☐
14. Bulimia Bulimia	☐	☐	48. Enfermedad Hepática Liver Disease	☐	☐
15. Enfermedad pulmonar/EPOC Lung disease/COPD	☐	☐	49. Hepatitis (seleccione una) Hepatitis (select one)	☐	☐
16. Tuberculosis Tuberculosis	☐	☐	Tipo: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Otra ☐ Ninguna Type: A B C Other None		
17. Asma Asthma	☐	☐	50. Úlceras Ulcers	☐	☐
18. Dificultad para respirar Shortness of Breath	☐	☐	51. Enfermedad Gastrointestinal Gastrointestinal Disease	☐	☐
19. Enfermedades Respiratorias Respiratory Ailments	☐	☐	52. ERGE (reflujo gastroesofágico) GERD (gastric reflux)	☐	☐
20. Enfisema Emphysema	☐	☐	53. Sordera o Problemas Auditivos Deaf or Hard of Hearing	☐	☐
21. Problemas Sinusales Sinus Trouble	☐	☐	54. Glaucoma Glaucoma	☐	☐
22. Diabetes Tipo I o Tipo II Diabetes Type I or Type II	☐	☐	55. Medicamentos con Cortisona Cortisone Medication	☐	☐
23. Problemas de Tiroides Thyroid Problems	☐	☐	56. Desmayos Fainting Spells	☐	☐
24. Glándulas inflamadas persistentes Persistent swollen glands	☐	☐	57. Trasplante de Órganos Organ Transplant	☐	☐
25. Problemas Renales Kidney Problems	☐	☐	58. Extirpación del Bazo Removal of Spleen	☐	☐
26. Enfermedad Venérea Venereal Disease	☐	☐	59. Osteoporosis Osteoporosis	☐	☐
27. VIH Positivo/SIDA/CRS HIV Positive/AIDS/ARC	☐	☐	60. Trastornos del Sueño Sleep Disorder	☐	☐
28. Adicción al Alcohol Alcohol Addiction	☐	☐	61. Colesterol Elevado Elevated Cholesterol	☐	☐
29. Drogadicción Drug Dependency	☐	☐	62. Ansiedad Anxiety	☐	☐
30. Dependencia Química Chemical Dependency	☐	☐	63. Depresión Depression	☐	☐
31. Demencia Dementia	☐	☐	64. Alzheimer Alzheimer's	☐	☒

¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave, hospitalización o accidente? ☐ Sí ☐ No
Have you had any other serious illness, hospitalization or accident? Yes No

En caso afirmativo, sírvase explicar: _____
If yes, please explain:

COVID-19

¿Ha tenido COVID-19?

No ☐ Sí ☐

Fecha _____

Have you had COVID-19?

No Yes

Date

¿Se vacunó contra la COVID-19?

No ☐ Sí ☐

Fecha _____

Received COVID-19 vaccine?

No Yes

Date

Contacto de Emergencia

Emergency Contact

Nombre: _____

Name:

Teléfono: _____

Phone:

COMENTARIOS

COMMENTS

Entiendo que la información ingresada en este formulario es necesaria para brindarme atención odontológica de una manera segura y eficiente. He contestado todas las preguntas a mi leal saber y entender. Si se necesita más información, tiene mi permiso para pedirle al proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede revelarle dicha información. Notificaré al médico sobre cualquier cambio en mi salud o medicación.

I understand the information entered on this form is necessary to provide me with dental care in a safe and efficient manner. I have answered all questions to the best of my knowledge. Should further information be needed, you have my permission to ask the respective health care provider or agency, who may release such information to you. I will notify the doctor of any changes in my health or medication.

Al llenar un formulario impreso, por favor firme abajo

When completing a printed form, please sign below

Paciente

Paciente o Tutor del Paciente

Patient

Patient or Patient Guardian

Fecha

Date

Médico

Médico o Proveedor de Atención

Doctor

Doctor or Provider of Care

Fecha

Date