



NICHOLAS A. MEDEL D.D.S.,M.D.

### EL HISTORIAL MÉDICO PARA EL NUEVO PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Nombre de su Médico: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

El Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que toma ahora:

#### ¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- Si
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anestésico   | <input type="checkbox"/> El Ibuprofeno                    |
| <input type="checkbox"/> Aspirina   | <input type="checkbox"/> El yodo                          |
| <input type="checkbox"/> Productos químicos o joyas (erupción o sensibilidad) | <input type="checkbox"/> Productos de látex o caucho      |
| <input type="checkbox"/> La codeína ó otros analgésicos                       | <input type="checkbox"/> La penicilina o los antibióticos |
| <input type="checkbox"/> Los Productos alimenticios (soja o huevos)           | <input type="checkbox"/> Sulfa                            |

Otras alergias, por favor enumere: \_\_\_\_\_

#### ¿Tiene alguna de las siguientes afecciones médicas?

- Si
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Implantes o reemplazo de articulaciones                   |
| <input type="checkbox"/> ¿Enfermedad respiratoria? Asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis   | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico, anemia   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado (Ictericia, hepatitis)              |
| <input type="checkbox"/> Recibe moretones o sangra fácilmente  | <input type="checkbox"/> Las úlceras de estómago o reflujo gastroesofágico (ERGE). |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre   | <input type="checkbox"/> Otras Enfermedades gastrointestinales                     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer  | <input type="checkbox"/> Trasplante del órgano                                     |
| <input type="checkbox"/> ¿Enfermedad cardiovascular? (ataque cardíaco, cardiopatía coronaria, angina de pecho, dolor en el pecho, precio de corazón irregular o palpitaciones, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cardíaca reumática) | <input type="checkbox"/> La osteoporosis   |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia   | <input type="checkbox"/> El Embarazo   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (y tipo)   | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o medicación que ha deprimido el sistema inmunitario   | <input type="checkbox"/> Alergias estacionales                                     |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma  | <input type="checkbox"/> Problema del seno   |
| <input type="checkbox"/> La cirugía cardíaca (bypass o stent)  | <input type="checkbox"/> Apoplejía   |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos (pacemaker)  | <input type="checkbox"/> Úlcera  |
| <input type="checkbox"/> Presión alta  | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática  |
|  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides                                    |
|  | <input type="checkbox"/> Epilepsia o asimientos                                    |
|  | <input type="checkbox"/> Desmayo o mareo   |

**¿Está tomando cualquiera de los siguientes?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El Antibiótico                            | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes o pastillas para dormir  |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes o diluyentes de la sangre | <input type="checkbox"/> Insulina o medicamentos orales para diabéticos   |
| <input type="checkbox"/> Aspirina o ibuprofeno                     | <input type="checkbox"/> Medicaciones de densidad del hueso de Bisphosphate (Reclast, Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia, Zometa, Prolia) |
| <input type="checkbox"/> Pastillas para adelgazar (dieta)          |   |
| <input type="checkbox"/> Esteroides                                |   |

**Sólo para pacientes femeninos:**

Por favor, proporcione la fecha de su último período menstrual: \_\_\_\_\_

¿Está embarazada o hay allí posibilidad que pueda ser? \_\_\_\_\_

¿Estás amamantando? \_\_\_\_\_

*Si está usando anticonceptivos orales es importante entender algunos Antibióticos y otros medicamentos pueden interferir con su eficacia.*

**Información adicional:**

¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía durante los últimos 5 años? Por favor explique:

\_\_\_\_\_

¿Desea hablar con el doctor en privado sobre cualquier cosa? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna otra enfermedad o problema no mencionado arriba que usted cree que el doctor debe saber?

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido usted o un familiar inmediato algún problema relacionado con la anestesia? \_\_\_\_\_

¿Muele o aprieta los dientes? \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor, chasquido o chasquidos de la articulación de la mandíbula o dificultad en abrir la boca?

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema grave relacionado con los tratamientos dentales previos?

\_\_\_\_\_

¿Historia de dependencia de productos químicos o alcohol? \_\_\_\_\_

¿Usa tabaco? Si confirma ¿qué tipo y cuánto? \_\_\_\_\_

¿Tiene reacción inusual a inyecciones dentales? \_\_\_\_\_

Razón de su visita de hoy: \_\_\_\_\_ Siente Dolor? \_\_\_\_\_

**Nuevos Pacientes:**

¿Tiene un rayo X Panorámico o rayos X de la Boca entera, hecho entre los últimos 5 años? \_\_\_\_\_

¿Tienes *BiteWing* rayos x que son de menos de 1 año de edad? \_\_\_\_\_

Nombre de ex dentista \_\_\_\_\_ Cuidad/Estado \_\_\_\_\_

Fecha de su última limpieza y examen \_\_\_\_\_