MetLife | **University of the Pacific**

Historia Médica

Spanish

Nombre del paciente:_____ No. de Ident. del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta)**:**

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
   ¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
   Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)?
8. Sí No ¿Los tobillos hinchados?
9. Sí No ¿Falta de aliento?
10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche?
11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre?
12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes?
13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)?
14. Sí No ¿Dificultad al tragar?
15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces?
16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas?
17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?
18. Sí No ¿Mareos?
19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos?
20. Sí No ¿Dolores de cabeza?
21. Sí No ¿Desmayos?
22. Sí No ¿Vista borrosa?
23. Sí No ¿Convulsiones?
24. Sí No ¿Sed excesiva?
25. Sí No ¿Orina con frecuencia?
26. Sí No ¿Boca seca?
27. Sí No ¿Ictericia?
28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones?

III. TIENE O HA TENIDO:

29. Sí No ¿Enfermedades del corazón?
30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?
31. Sí No ¿Soplos en el corazón?
32. Sí No ¿Fiebre reumática?
33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?
34. Sí No ¿Presión sanguínea alta?
35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares?
36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?
37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras?
38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex?
39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores?
40. Sí No ¿SIDA?
41. Sí No ¿Tumores, cáncer?
42. Sí No ¿Artritis, reuma?
43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos?
44. Sí No ¿Enfermedades de la piel?
45. Sí No ¿Anemia?
46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)?
47. Sí No ¿Herpes?
48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?
49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales?
50. Sí No ¿Diabetes?

VI. TIENE O HA TENIDO:

51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico?
52. Sí No ¿Tratamientos de radiación?
53. Sí No ¿Quimioterapia?
54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón?
55. Sí No ¿Articulación artificial?
56. Sí No ¿Hospitalizaciones?
57. Sí No ¿Transfusiones de sangre?
58. Sí No ¿Cirugías?
59. Sí No ¿Marcapasos?
60. Sí No ¿Lentes de contacto?

V. ESTÁ TOMANDO:

61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo?
62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)?
63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo?
64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?

Liste por favor:_____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?
66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

1. Firma del Paciente _____ Fecha _____
2. Firma del Paciente _____ Fecha _____
3. Firma del Paciente _____ Fecha _____

The Health History is created and maintained by the University of the Pacific School of Dentistry, San Francisco, California.
Support for the translation and dissemination of the Health Histories comes from MetLife Dental Care.