

Dr. Raju OMS Formulario de Historial de Salud

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

Dentista Primario \_\_\_\_\_ Medico Primario \_\_\_\_\_

Otros Doctores \_\_\_\_\_

Rason De Visita: \_\_\_\_\_

Tienes Dolor Actualmente? S N Ha tenido recientemente fiebre, S N Tiene una afección que requiere S N  
escalofríos, infección? premedicación con antibióticos?

**Historial de enfermedades/condiciones (marque con un círculo)**

Problemas dentales	S	N	Insuficiencia cardiaca	S	N	Anemia	S	N
Apretar/Rechinar los dientes	S	N	Dificultad para respirar	S	N	hemofilia, enfermedad de celulas falciformes	S	N
Estallido/dolor en la articulación de la mandibula (TMJ)	S	N	Soplo cardiaco/defectos cardiacos	S	N	Trasplante de organo	S	N
Problemas de la Vista	S	N	Cardiopatía congenita	S	N	VIH/SIDA	S	N
Usa lentes de contacto	S	N	Fiebre reumatica	S	N	Transfusión de sangre	S	N
Glaucoma(angulo abierto o cerrado)	S	N	Reemplazo de valvula cardiaca	S	N	Diabetes	S	N
Problemas de oido	S	N	Ritmo cardiaco anormal	S	N	Hipotiroidismo	S	N
Obstruccion nasal	S	N	Marcapasos	S	N	Hipertiroidismo	S	N
Problemas de sinusitis	S	N	Problemas pulmonares	S	N	Uso de esteroides	S	N
Convulsiones/Epilepsia	S	N	EPOC/enfisema/bronquitis	S	N	Osteoporosis/osteopenia	S	N
Ataque	S	N	Asma	S	N	Osteoartritis	S	N
migranas, dolor de cabeza frecuentes	S	N	Tos persistente	S	N	Articulacion(es) protesica(s)	S	N
Dolor cronico	S	N	Ulceras estomacales	S	N	Artritis reumatoide	S	N
Atencion psiquiatrica	S	N	Acidez estomacal/ERGE	S	N	Lupus	S	N
Depresion, Ansiedad	S	N	Enfermedad hepatica/cirrosis/ictericia	S	N	Cancer, tumor	S	N
Problemas del corazon	S	N	Hepatitis	S	N	Tratamiento de radiación	S	N
Cirugia de corazon	S	N	Nauseas/vomitos frecuentes	S	N	Quimioterapia	S	N
Dolor de Pecho	S	N	Problemas de rinon	S	N	Tratamiento con Bisfosfonatos	S	N
Infarto de miocardio	S	N	Diálisis	S	N			
Presion arterial alta	S	N	Sangrado prolongado	S	N	Embarazada	S	N
Presion arterial baja	S	N	Hematomas frecuentes	S	N	Amamantando	S	N
Mareos/desmayos al ponerse de pie	S	N	Anticoagulantes	S	N	Anticoncepcion	S	N

<b>Historia Quirúrgica (Lista)</b>	S	N	<b>Medicamentos/Farmacos/Suplementos(Lista)</b>	<b>Alergias</b>	
_____			_____	Penicilina	S N
_____			_____	Látex	S N
_____			_____	Otro (Lista)	S N
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
_____			_____		
Alguna complicación anestésica?	S	N	_____		

**Historia social**  
Fuma o consume tabaco? S N Bebes alcohol? S N Utiliza Drogas recreativas? S N

Algun miembro de su familia ha tenido alguna complicación con cirugía o la anestesia? \_\_\_\_\_

Si hay otras enfermedades médicas, condiciones, problemas, hospitalizaciones que NO figuran en el formulario, explique: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma de Dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_