



## HISTORIA MÉDICA

- ¿Es el paciente en salud buena? .....  Sí  No
- ¿Tiene el paciente una enfermedad mayor? .....  Sí  No
- ¿Tiene el paciente una alergia a látex? .....  Sí  No
- ¿El paciente está bajo tratamiento medico? .....  Sí  No

¿Que tipo de atención? \_\_\_\_\_

### ¿Tiene el paciente alguna de las siguientes condiciones?

- |   |                             |                             |  |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Anemia .....                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Soplo del corazón .....                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Arthritis .....                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Necesita atención médico .....         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Asma .....                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Hepatitis .....                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas de sangrado o coagulación ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta .....            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas en los huesos .....             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones .....         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problema respiratorio .....               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problema del hígado .....              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes .....                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de la sistema nervioso ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problema endocrino .....                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Neumonía .....                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia .....                           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Soplo del corazón .....                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Desmayarse .....                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis .....                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Herpes labial/febril .....                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problema de habla .....                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del corazón .....               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Problemas de tragar .....              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Sida o VIH positivo .....                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |  |                             |                             |

### El paciente tiene muchas...

- La gripe:  Sí  No      Dolor de garganta:  Sí  No      Infecciones en el oído:  Sí  No
- ¿El paciente tiene las amígdalas o anginas? (qué edad: \_\_\_\_\_) .....  Sí  No
- ¿Si eres mujer, estás embarazada? .....  Sí  No
- ¿Actualmente esta tomando ó ha sido recetado bifosfonatos orales ó intravenosos para osteoporosis, osteopenia, o otros usos como: Fosamax, Actonel, Boniva, Reclast, Skelid, Didronel, o Bonefos? (cuánto tiempo: \_\_\_\_\_) .....  Sí  No
- ¿Es el paciente tomando algun medicamento o droga? (Si la respuesta es sí, favor de apuntar.) \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han indicado que es alérgico a un medicamento? (Si la respuesta es sí, favor de apuntar.) \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL

La razón por examen ortodoncia: \_\_\_\_\_

Tiene lesión a su boca: \_\_\_\_\_

### La paciente tiene...

- |   |                             |                             |  |                             |                             |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Una mala costumbre de chuparse el dedo .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dientes que faltan .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Una mala costumbre de comerse las uñas .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dientes adicionales .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Una costumbre de empuje lingual .....         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Dolor en la mandíbula .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Una costumbre a respiración por la boca ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene estallidos o hacienda clic en las articulaciones de la mandíbula? ..... | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Una costumbre a apoyarse de su puño .....     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | El rechinar de dientes .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Dientes absceso .....                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene dolores de cabeza o cuello? .....                                       | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Otra tratamiento de ortodoncia .....          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Migrañas .....   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| El examen ortodoncia anterior .....           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Hay una persona en su familia que tiene frenos para dientes? .....            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Vértigo .....                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Tinnitus (zumbido en los oídos) .....  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Apnea del sueño .....                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |  |                             |                             |

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_