



HOJA NORMALIZADA DE HISTORIA CLINICA

NOMBRE/IZENA _____ APELLIDOS/ABIZENAK _____

DIRECCION/HELBIDEA _____

TELEFONO/TELEFONOA _____ CODIGO/KODEA _____

TACHESE LO QUE NO PROCEDA:

- 1.- ¿Ud. está sintiendo dolor o molestia? _____ SI NO
- 2.- ¿Se siente Ud. nervioso(a) al recibir tratamiento dental? _____ SI NO
- 3.- ¿Ha tenido Ud. alguna experiencia desagradable en el consultorio dental? _____ SI NO
- 4.- ¿Ha sido Ud. hospitalizado en los últimos 5 años? _____ SI NO
- 5.- ¿Ha recibido Ud. tratamiento médico en los últimos 5 años? _____ SI NO
- 6.- ¿Ha estado tomando algún medicamento en los últimos 5 años? _____ SI NO
- 7.- ¿Es Ud. alérgico a metales, alimentos o le hace sentir mal la penicilina, aspirina, codeína o cualquier droga o medicamento? _____ SI NO
- 8.- ¿Alguna vez ha sangrado mucho o ha tenido alguna hemorragia que haya necesitado tratamiento especial? _____ SI NO
- 9.- Indique con una cruz cual de las siguientes cosas Ud. ha tenido o tiene actualmente

MEDICACION

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla | <input type="checkbox"/> Problemas de hígado |
| <input type="checkbox"/> Angina (dolores) de pecho | <input type="checkbox"/> Ataques al corazón | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre |
| <input type="checkbox"/> Válvula del corazón dañada | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Drogadicción |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas (sífilis, gonorrea) |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Prótesis artificial | <input type="checkbox"/> Herpes genital |
| <input type="checkbox"/> Úlcera gastroduodenal | <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Tensión arterial |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno/escarlatina | Fecha última toma _____ |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis | | Sistólica _____ Diastólica _____ |
| <input type="checkbox"/> Alergias o picazones/comezón | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Radiaciones o tratamiento de cobalto | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Calentura o lesiones herpéticas |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Quimioterapia (Cáncer o leucemia) | <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos con cortisona | <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |
| <input type="checkbox"/> Dolores en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Se le hacen hematomas o moratones fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B (Suero) | <input type="checkbox"/> S.I.D.A. | |
| | <input type="checkbox"/> Hepatitis A (Infecciosa) | |

- 10.- ¿Cuando Ud. sube las escaleras o camina, necesita pararse frecuentemente por motivos de falta de aire, dolor en el pecho o porque se siente muy cansado? _____ SI NO
- 11.- ¿Se le hinchan los tobillos frecuentemente? _____ SI NO
- 12.- ¿Ha aumentado o bajado más de diez kilos en el último año? _____ SI NO
- 13.- ¿Presenta sudores nocturnos? _____ SI NO
- 14.- ¿Presenta cuadros diarreicos crónicos? _____ SI NO
- 15.- ¿Presenta cuadros eruptivos en piel? _____ SI NO
- 16.- ¿Presenta dermatitis seborreica en cuero cabelludo? _____ SI NO
- 17.- ¿Se levanta Ud. a media noche por falta de aire? _____ SI NO
- 18.- ¿Está haciendo alguna dieta especial? _____ SI NO
- 19.- ¿Tiene alguna enfermedad o problema médico que no ha sido mencionado? _____ SI NO
- 20.- Pérdidas de peso inexplicables, diarreas, sudores nocturnos, dermatitis seborreica _____ SI NO
- 21.- MUJERES: ¿Está Ud. embarazada? _____ SI NO
- ¿Usa Ud. anti-conceptivos? _____ SI NO
- ¿Sospecha de embarazo? _____ SI NO
- 22.- Algún otro comentario que crea Ud. pueda tener interés. _____ SI NO

A mi entender, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. En el caso que exista variación de mi estado de salud o enfermedad y/o variación de tratamientos farmacológicos lo pondré en conocimiento del Estomatólogo u Odontólogo que me atiende.

Fecha _____

Firma del Paciente o Padres _____

EXPLORACION POR SISTEMAS Y APARATOS:

SISTEMA CARDIO VASCULAR

PULSO

RITMO

T/ART.

SISTEMA RESPIRATORIO

SISTEMA DIGESTIVO

SISTEMA HEPATICO-BILIAR

SISTEMA RENAL

SISTEMA ENDOCRINO

SISTEMA LOCOMOTOR

A.T.M.

DERMATOLOGIA

OTROS

FECHA PRIMERA VISITA:

SUCESIVAS:

SIN CAMBIOS