



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

<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