



JF Lopez DDS, MD, RPh, PA

Oral and Maxillofacial Surgery

Formulario de historia clínica

Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Sexo: Hombre / Mujer

Estatura: _____

Peso: _____

Su historia clínica es importante para el tratamiento que va a recibir. Por lo tanto, es importante que responda cada pregunta en su totalidad y honestamente. Encierre con un círculo sus respuestas.

Describa su estado de salud actual: Excelente Bueno Regular Malo

Describa los síntomas que tiene hoy: _____

¿Hubo cambios en su salud en general este último año? Sí No

Si la respuesta es "Sí", describa: _____

¿Recibe atención médica por algún problema en particular en este momento? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué? _____ Fecha del último examen físico ____/____/____

¿Alguna vez estuvo hospitalizado o tuvo una enfermedad grave? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué? _____

HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

¿Tiene, o alguna vez tuvo, lo siguiente?

Enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, soplo cardíaco, enfermedad de la arteria coronaria, dolor torácico, presión arterial alta o baja, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), latidos cardíacos irregulares, cirugía cardíaca, marcapasos)	Sí	No	Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, EPOC, tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, falta de aliento, dolor torácico, tos intensa)	Sí	No
			Glaucoma	Sí	No
Implantes en algún lugar del cuerpo (válvula cardíaca, marcapasos, cadera, rodilla)	Sí	No	Trastorno del sangrado, anemia, tendencia a hemorragias, transfusión de sangre ¿Le aparecen hematomas con facilidad?	Sí	No
Enfermedad renal o insuficiencia renal que requiere diálisis	Sí	No	Enfermedad hepática (ictericia, hepatitis A, B, o C)	Sí	No
Enfermedad de la tiroides	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Úlceras estomacales o colitis	Sí	No	Artritis	Sí	No
Crujido, chasquido o dolor en la articulación de la mandíbula o dificultad para abrir la boca	Sí	No	Pérdida o aumento de peso importante	Sí	No
			Ataques, convulsiones, epilepsia, desmayos o mareos	Sí	No

Formulario de historia clínica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Aftas frecuentes o recurrentes en la boca Sí No Problemas sinusales o nasales Sí No

Radiación en la cabeza o el cuello para el tratamiento del cáncer Sí No Osteoporosis u osteopenia Sí No

Cualquier enfermedad, quimioterapia o trasplante ¿Tuvo o tiene cáncer? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? _____, ¿y cuál fue la fecha de su último tratamiento?

¿Tiene alguna otra enfermedad, afección o problema que no figure arriba y que cree que el médico debería saber? Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades? Si la respuesta es "Sí", indique el parentesco.

Diabetes Sí No Relación _____ Cáncer Sí No Relación _____

Enfermedad cardíaca Sí No Relación _____ Problemas de sangrado Sí No Relación _____

Tumores Sí No Relación _____ Enfermedad pulmonar Sí No Relación _____

PACIENTES MUJERES

¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No

MEDICAMENTOS

¿Está usando alguno de los siguientes medicamentos?

Antibióticos Sí No Aspirina o fármacos como Motrin, Aleve o ibuprofeno Sí No

Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) Sí No Insulina o fármacos para la diabetes de administración oral Sí No

Fármacos para el corazón Sí No Medicamentos para la hipertensión Sí No

Esteroides (cortisona, prednisona, etc.) Sí No Fármacos bifosfonatos, antiangiogénicos o antirresortivos para la osteoporosis, mieloma múltiple u otros tipos de cáncer. Si la respuesta es "Sí", indique los fármacos que usa y cuánto hace que los usa. Sí No

Analgésicos recetados Sí No _____

Indique cualquier otro medicamento que haya usado o que use actualmente que no figure arriba, incluidos medicamentos recetados, fármacos para bajar de peso, medicamentos de venta libre, remedios holísticos o a base de hierbas, vitaminas o minerales:

ALERGIAS

¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a cualquiera de los siguientes?

Látex Sí No Codeína u otros analgésicos Sí No

Productos alimenticios Sí No Aspirina, Motrin, Aleve o ibuprofeno Sí No

Sedantes y barbitúricos Sí No Penicilina u otros antibióticos Sí No

Formulario de historia clínica

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

¿Ha tenido, usted o algún familiar cercano, algún problema con la anestesia local, anestesia general o la sedación por vía intravenosa?

Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿con qué anestesia? _____ ¿Cuál es el parentesco? _____

Otras alergias a fármacos que no figuren arriba:

ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alguna vez fumó o mascó tabaco? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha buscado atención profesional o ha estado hospitalizado por lo siguiente?

Drogas Sí No

Trastornos emocionales Sí No

Alcoholismo Sí No

¿Consume usted lo siguiente?

Alcohol Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

Marihuana Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

Drogas recreativas Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

¿Ha tenido algún efecto adverso a causa de un tratamiento odontológico? Sí No Si la respuesta es "Sí", por favor explique _____

¿Desea hablar con el médico en privado? Sí No

Entiendo la importancia de la veracidad e integridad de la historia clínica para que mi médico pueda brindar la mejor atención posible.

A mi leal saber y entender, la información anterior es completa y correcta.

Firma del paciente, padre/madre, tutor

Fecha

Nombre del paciente, padre/madre, tutor (en letra de imprenta)/Relación Firma del médico

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Fecha

Comentarios

Firma del médico

