

# Cuestionario acerca de la historia clínica

Su historia clínica es de suma importancia para nosotros. Para que podamos brindarle los mejores servicios odontológicos posibles, le agradeceremos que responda todas las preguntas en forma completa y precisa, ya que cualquier información errónea podría afectar su tratamiento. Este Cuestionario referido a la Historia Clínica pasará a formar parte de su registro de tratamiento odontológico, y tiene carácter de "Confidencial".

Fecha \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  Dr.  Sr.  
 Domicilio \_\_\_\_\_  Sra.  Sra./Srta.  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Motivo de su consulta de hoy: (seleccione con un círculo) Examen/Limpieza Dolor/Inflamación Diente roto/caries  
 ¿Ya lo trataron por este problema o molestia? (seleccione con un círculo) Sí No  
 ¿Cuánto hace que experimenta este problema o molestia? \_\_\_\_\_

## Historia clínica

¿Lo atiende un médico en la actualidad? (seleccione con un círculo) Sí No  
 ¿Cuál fue el motivo de su última consulta? \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen físico \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del medico \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

## Historia clínica anterior

1. ¿Experimentó alguna vez una enfermedad grave, o lo sometieron a una intervención quirúrgica o una internación?  
 Si contestó que sí, por favor incluya una explicación: \_\_\_\_\_

2. ¿Experimentó algún cambio en su salud durante los últimos dos (2) años? (seleccione con un círculo) Sí No  
 Si contestó que sí, por favor descríbalos \_\_\_\_\_

3. ¿Experimentó alguna vez una reacción alérgica? A: (seleccione con un círculo) Medicamentos Alimentos Objetos de látex  
 Otros: \_\_\_\_\_

4. ¿Padeció, o alguna vez lo trataron por: (haga un círculo alrededor de todas las respuestas correctas):

Presión arterial: alta o baja	Colesterol elevado	Enfermedad cardíaca	Accidente cardiovascular
Fiebre reumática	Soplo cardíaco	Válvula cardíaca	Fibromialgia
Hepatitis	Diabetes	Depresión	Tuberculosis
Asma	Sequedad bucal	Trastornos en el sangrado y la coagulación	Enfermedad con compromiso inmunológico
Otros:			

5. ¿Es en la actualidad o fue en algún momento fumador? (seleccione con un círculo) Sí No  
 Si en la actualidad es fumador, ¿le interesaría dejar de fumar? (seleccione con un círculo) Sí No

6. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume: por día? \_\_\_\_ por semana? \_\_\_\_ por mes? \_\_\_\_

7. Para las mujeres: a. ¿Está embarazada, o sospecha que pueda estar embarazada? (seleccione con un círculo) Sí No  
 b. ¿Utiliza anticonceptivos? (seleccione con un círculo) Sí No

## Medicamentos que consume actualmente: de venta bajo receta y de venta libre

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia
1. _____		
2. _____		
3. _____		