

NOMBRE (PATIENT NAME): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (Date of birth): \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA (HEALTH HISTORY FORM)**

Por favor haga un CÍRCULO alrededor de la respuesta apropiada al lado de cada pregunta en el siguiente cuestionario:

Sí (Yes)=Y, No (N), No sé (?)

Please CIRCLE the appropriate response next to each question below:

Yes (Y), No (N), Don't Know (?)

Tiene Usted o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes enfermedades:

Do you have or have you had any of the following:

1. Problemas respiratorios? (Breathing problems?)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a. Asma (Asthma)  | Y | N | ? |
| b. Enfisema (Emphysema)   | Y | N | ? |
| c. Bronquitis (Bronchitis)  | Y | N | ? |
| d. Tuberculosis   | Y | N | ? |
| e. Dificultad para respirar<br>(Shortness of breath)              | Y | N | ? |
| f. Algún otro problema respiratorio<br>(Other breathing problems) | Y | N | ? |

Explique (Explain): \_\_\_\_\_

2. Problemas del corazón o circulatorios? (Heart or circulation problems?)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| a. Hipertensión (High blood pressure)  | Y | N | ? |
| b. Ataque al corazón (Heart attack)  | Y | N | ? |
| c. Angina de pecho o dolor en el pecho<br>(Angina or chest pain)                   | Y | N | ? |
| d. Latidos irregulares del corazón (arritmia)<br>(Irregular heart beat)            | Y | N | ? |
| e. Fiebre reumática (Rheumatic fever)  | Y | N | ? |
| f. Soplo en el corazón (Heart murmur)  | Y | N | ? |
| g. Prolapso en la válvula mitral<br>(Mitral valve prolapse)                        | Y | N | ? |
| h. Daño en las válvulas del corazón<br>(Damage to heart valves)                    | Y | N | ? |
| i. Reemplazo de alguna válvula del corazón<br>(Heart valve replacement)            | Y | N | ? |
| j. Marcapasos/algún otro aparato en el corazón<br>(Pacemaker/other cardiac device) | Y | N | ? |
| k. Insuficiencia cardíaca congestiva<br>(Congestive heart failure)                 | Y | N | ? |
| l. Tobillos hinchados (Swollen ankles)   | Y | N | ? |
| m. Algún otro problema circulatorio<br>(Other heart or circulation problems)       | Y | N | ? |

Explique (Explain): \_\_\_\_\_

3. Problemas renales o urinarios? (*Kidney or urinary problems?*)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a. Enfermedad de los riñones ( <i>Kidney disease</i> )                    | Y | N | ? |
| b. Diálisis ( <i>Dialysis</i> )   | Y | N | ? |
| c. Orina frecuentemente<br>( <i>Frequent urination</i> )                  | Y | N | ? |
| d. Algún otro problema de los riñones<br>( <i>Other kidney problems</i> ) | Y | N | ? |

Explique (*Explain*): \_\_\_\_\_

---

4. Problemas del sistema nervioso? (*Nervous system problems?*)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a. Accidente cerebrovascular (ACV)/ Derrame o infarto cerebral transitorio<br>( <i>Stroke or transitory ischemic attack</i> ) | Y | N | ? |
| b. Desmayos ( <i>Fainting spells</i> )  | Y | N | ? |
| c. Convulsiones, ataques epilépticos<br>( <i>Convulsions, seizures or epilepsy</i> )  | Y | N | ? |
| d. Algún otro problema del sistema nervioso<br>( <i>Other nervous system problems</i> )                                       | Y | N | ? |

Explique (*Explain*): \_\_\_\_\_

---

5. Problemas de la cabeza o el cuello? (*Head and neck problems?*)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| a. Problemas de la nariz o de los senos paranasales<br>( <i>Nose or sinus problems</i> )       | Y | N | ? |
| b. Glándulas inflamadas<br>( <i>Swollen glands</i> )   | Y | N | ? |
| c. Cáncer oral<br>( <i>Oral cancer</i> )   | Y | N | ? |
| d. Dificultad para escuchar, ver o hablar<br>( <i>Impairment of hearing, sight or speech</i> ) | Y | N | ? |
| e. Dolores de cabeza frecuentes o severos<br>( <i>Frequent or severe headaches</i> )           | Y | N | ? |
| e. Algún otro problema de la cabeza o el cuello<br>( <i>Other head and neck problems</i> )     | Y | N | ? |

Explique (*Explain*): \_\_\_\_\_

---



6. Problemas hormonales o glandulares? (*Hormone or gland problems?*)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a. Enfermedad de la glándula tiroides (hipotiroidismo, hipertiroidismo)<br>( <i>Thyroid disease</i> )       | Y | N | ? |
| ( <i>hypothyroidism, hyperthyroidism</i> )  |   |   |   |
| b. Diabetes ( <i>Diabetes</i> )   | Y | N | ? |
| c. Enfermedad de la glándula adrenal/suprarrenal o del páncreas<br>( <i>Adrenal or pancreatic disease</i> ) | Y | N | ? |
| d. Algún otro problema hormonal o glandular<br>( <i>Any other hormone/gland disease</i> )                   | Y | N | ? |

Explique (*Explain*): \_\_\_\_\_

---

7. Problemas en los músculos, los huesos o la piel? (*Muscle, bone or skin problems?*)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a. Artritis ( <i>Arthritis</i> )  | Y | N | ? |
| b. Osteoporosis ( <i>Osteoporosis</i> )   | Y | N | ? |
| c. Reemplazo de alguna articulación<br>( <i>Artificial joint placement</i> )                        | Y | N | ? |
| d. Urticaria o erupción cutánea<br>( <i>Hives or skin rash</i> )                                    | Y | N | ? |
| e. Cáncer de la piel ( <i>Skin cancer</i> )   | Y | N | ? |
| f. Problemas de la columna<br>( <i>Back problems</i> )  | Y | N | ? |
| g. Alguna otra enfermedad muscular, ósea o cutánea<br>( <i>Other muscle, bone or skin disease</i> ) | Y | N | ? |

Explique (*Explain*): \_\_\_\_\_

---

8. Problemas estomacales, hepáticos o intestinales? (*Stomach, liver or intestinal problems?*)

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| a. Enfermedad del hígado ( <i>Liver disease</i> )   | Y | N | ? |
| b. Hepatitis ( <i>Hepatitis</i> )   | Y | N | ? |
| c. Reflujo/Gastritis ( <i>Acid reflux (GERD)</i> )  | Y | N | ? |
| d. Úlceras ( <i>Ulcers</i> )  | Y | N | ? |
| e. Algún otro problema estomacal, intestinal o del hígado<br>( <i>Other stomach, intestinal or liver problems</i> ) | Y | N | ? |

Explique (*Explain*): \_\_\_\_\_

---

9. Reacciones alérgicas u otros problemas? (*Allergic reactions or other problems?*)

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| a. Alergias relacionadas con los cambios de estación<br>( <i>Seasonal allergies</i> )    | Y | N | ? |
| b. Alergia, reacción o intolerancia a:<br>( <i>Allergy, reaction or intolerance to</i> ) |   |   |   |
| a. Penicilina ( <i>Penicillin</i> )  | Y | N | ? |
| b. Eritromicina ( <i>Erythromycin</i> )  | Y | N | ? |
| c. Codeína ( <i>Codeine</i> )  | Y | N | ? |
| d. Látex ( <i>Latex</i> )  | Y | N | ? |

- e. Anestésicos locales  
(Local anesthetics) Y N ?
- f. Alimentos/condimentos  
(Foods/seasoning) Y N ?
- g. Otras sustancias (Other substances) Y N ?
- Explique (Explain): \_\_\_\_\_
- 

10. Problemas sanguíneos o del sistema inmune? (Blood or immune system problems?)

- a. Cáncer de cualquier tipo  
(Cancer of any type) Y N ?
- b. Transplante de algún órgano o de médula ósea  
(Organ or bone marrow transplant) Y N ?
- c. Lupus (Lupus) Y N ?
- d. Esclerosis múltiple  
(Multiple sclerosis) Y N ?
- e. Anemia (Anemia) Y N ?
- f. Hemofilia (Hemophilia) Y N ?
- g. SIDA/HIV (AIDS/HIV) Y N ?
- h. Hemorragias nasales frecuentes, moretones en la piel o sangrado  
(Frequent nosebleeds, increased bruising or bleeding) Y N ?
- i. Está tomando algún medicamento anticoagulante?  
(Are you taking any blood thinners?) Y N ?
- j. Ha recibido tratamiento de quimioterapia o radioterapia?  
(Have you had chemotherapy or radiation treatment?) Y N ?
- k. Algún otro problema de la sangre o del sistema inmune?  
(Other problems with the blood or immune system?) Y N ?

Explique (Explain): \_\_\_\_\_

---

11. Qué medicamentos u otras sustancias está tomando o ha tomado durante los 2 últimos meses? (What medications or other substances are you taking or have you taken in the past 2 months?)

- a. Por favor haga una lista con todos los medicamentos prescritos o comprados sin prescripción médica incluyendo aspirina, pastillas anticonceptivas, medicamentos a base de hierbas o cualquier otro suplemento. Escriba "ninguno" si no está tomando ningún medicamento u otras sustancias (Please list all prescription and non-prescription drugs including aspirin, birth control pills, herbal medications or other supplements. Write "none" if you are not taking any medications or other substances).
- 
- b. alguna vez ha tomado las siguientes drogas: Fenfluramine (Fen-phen), Pondimin o Dexfenfluramine (Redux)? (Have you ever taken the drugs Fenfluramine(Fen-phen), Pondimin, or Dexfenfluramine(Reduct)?) Y N ?
- c. Ha tomado o está tomando drogas para controlar la pérdida de hueso? (Por ejemplo, Fosamax®) (Have you taken or are you taking drugs to control bone loss?) (ie. Fosamax®) Y N ?

12. Historia personal (Personal History)

- a. Ha estado alguna vez hospitalizado, ha tenido alguna cirugía mayor o ha estado gravemente herido? *(Have you ever been hospitalized, had major surgery or been seriously hurt?)* Y N ?  
Si la respuesta es Sí, qué tipo y cuándo? *(If yes, what type and when)* \_\_\_\_\_
- b. Ha tenido o tiene alguna enfermedad de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, herpes, etc.)? *(Have you had or do you have any sexually transmitted diseases (syphilis, gonorrhea, herpes, etc.)?)* Y N ?
- c. Necesita algún arreglo especial para el tratamiento odontológico? *(Do you need any special accommodations for dental treatment?)* Y N ?
- d. Está embarazada? *(Are you pregnant?)* Y N ?
- e. Ha usado productos derivados del tabaco? *(Have you ever used tobacco products?)* Y N ?
- f. Actualmente usa productos derivados del tabaco? *(Are you currently using tobacco products?)* Y N ?  
Qué tipo y con qué frecuencia?:  
*(What type and how often)* \_\_\_\_\_
- g. Cuántas bebidas alcohólicas consume a la semana? *(How many alcohol containing drinks do you consume a week?)* \_\_\_\_\_
- h. Usa o ha usado alguna vez drogas recreacionales *(Do you use or have you used recreational drugs?)* Y N ?
- i. Ha tenido algún problema de alcoholismo y/o drogadicción? *(Have you ever had a problem with alcohol and/or drugs?)* Y N ?
- j. Tiene algún problema mental? *(Do you have mental health problems)* Y N ?
- k. Cuándo fué su última visita al médico? *(When was your last visit to a physician (medical doctor)?)* \_\_\_\_\_
- l. Tiene un médico de cabecera? *(Do you have a physician (medical doctor)?)* Y N ?  
Si su respuesta es Sí, por favor escriba el Nombre, Dirección y el Teléfono de su médico *(If yes, please provide the Name, Address and Telephone)* \_\_\_\_\_

## HISTORIA DENTAL *(DENTAL HISTORY)*

- 1.Cuál es la razón de su visita al odontólogo? *(What is the reason for your dental visit?)*  
\_\_\_\_\_
2. Ha tenido algún problema después de haber recibido tratamiento odontológico (dental)? *(Have you ever had any problems following dental treatment?)* Y N ?  
Si la respuesta es Sí, por favor explique *(If yes, please explain)* \_\_\_\_\_
3. Ha tenido alguna reacción adversa o inusual a los anestésicos locales? *(Have you ever had a bad or unusual reaction to local anesthetic?)* Y N ?

4. Ha tenido alguna lesión grave en su cara, dientes, mandíbula o maxilar?  
(Have you ever had a severe injury to your face, teeth or jaws?) Y N ?
5. Le han hecho cirugía en la boca o en los labios?  
(Have you ever had surgery in your mouth or on your lips?) Y N ?
6. Ha recibido tratamiento periodontal en sus encías?  
(Have you ever had periodontal treatment to your gums?) Y N ?
7. Ha recibido tratamiento de ortodoncia para enderezar sus dientes?  
(Have you ever had orthodontic treatment to straighten your teeth?) Y N ?
8. Le han extraído (sacado) algún diente?  
(Have you ever had extraction (pulling) of any teeth?) Y N ?
9. Ha recibido tratamiento de endodoncia (tratamiento de conductos) en algún diente?  
(Have you ever had endodontics (root canals) on any teeth?) Y N ?
10. Le han reemplazado algún diente perdido con una prótesis removible, puente fijo o implante?  
(Have you had any missing teeth replaced by a removable denture, fixed bridge or an implant?) Y N ?
11. Ha usado una placa de mordida o placa para proteger sus dientes en la noche?  
(Have you ever worn a bitesplint/nightguard?) Y N ?
12. Le ha dolido recientemente algún diente?  
(Have you had a recent toothache?) Y N ?
13. Son sus dientes sensibles al calor, al frío o a la presión?  
(Are your teeth sensitive to hot, cold or pressure?) Y N ?
14. Le sangran las encías? (Do you have bleeding gums?) Y N ?
15. Tiene problemas para masticar? (Do you have trouble chewing?) Y N ?
16. Aprieta o rechina sus dientes?  
(Do you clench or grind your teeth?) Y N ?
17. Le es difícil abrir la boca tan grande como le gustaría?  
(Do you have difficulty opening your mouth as wide as you would like?) Y N ?
18. Le duelen las articulaciones temporomandibulares o los músculos de la cara?  
(Do your jaw joints or muscles hurt?) Y N ?
19. Le suenan las articulaciones o se le bloquean cuando mastica?  
(Does your jaw click, pop or lock when you chew?) Y N ?
20. Siente la boca seca? (Do you experience a dry mouth?) Y N ?
21. Tiene úlceras en la boca o alrededor de ella?  
(Do you have sores in or around your mouth?) Y N ?
22. Por favor haga un círculo alrededor de la cantidad de azúcar en su dieta  
(Please circle the amount of sugar in your diet. Small moderate high) Poca Moderada Alta

23. Cuándo fue la última vez que le hicieron una limpieza de los dientes en un consultorio odontológico?  
*(When was the last time your teeth were cleaned at a dental office?)* \_\_\_\_\_
24. Con qué frecuencia se cepilla los dientes?  
*(How often do you brush?)* \_\_\_\_\_
25. Con qué frecuencia usa hilo dental?  
*(How often do you use dental floss?)* \_\_\_\_\_
26. Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?  
*(Are you satisfied with the appearance of your teeth?)* Y N ?  
Si la respuesta es No, por qué no?  
*(If No, Why not?)* \_\_\_\_\_
27. Tiene alguna pregunta, preocupación, o hay algo más que le gustaría que nosotros supieramos antes de tratarlo?  
*(Do you have any questions, concerns, or additional information you would like us to know before we treat you?)* Y N ?  
Si la respuesta es Sí, por favor especifique?  
*(If Yes, please specify?)* \_\_\_\_\_
28. Cómo se siente cuando va al odontólogo (por favor marque con un círculo)  
Asustado                      Apreensivo                      No tengo ningún problema (Tranquilo)  
*(How do you feel about going to the dentist (please circle) Scared    Apprehensive    No problem)*

COMENTARIOS DEL EXAMINADOR (EXAMINER'S COMMENTS)

---

---

Certifico que, basado en mi conocimiento, la información suministrada en este cuestionario es completa, verdadera y precisa.  
*(I certify that to the best of my knowledge the above information is complete and accurate.)*

Firma del Paciente *(Patient signature)* \_\_\_\_\_

Fecha *(Date)* \_\_\_\_\_