



# Siskiyou Community Health Center

## HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Historia médica N° \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**I. Encierre en un círculo la respuesta adecuada** (Deje en blanco si no entiende la pregunta)

- Sí No** ¿Su estado de salud es en general satisfactorio?
- Sí No** ¿Hubo algún cambio en su estado de salud durante el último año?
- Sí No** ¿Se encuentra bajo el cuidado de un médico? Si la respuesta es sí, escriba el nombre y teléfono \_\_\_\_\_  
Si la respuesta es sí, ¿cuál es la condición médica que padece? \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen médico \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Ha estado hospitalizado o ha sufrido alguna enfermedad grave en los últimos tres años?  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado? \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Está experimentando algún dolor en este momento? Describalo \_\_\_\_\_

**II. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones?:**

<b>Sí No</b> Problemas de sangrado, fácil aparición de hematomas	<b>Sí No</b> Tiroides, enfermedad suprarrenal
<b>Sí No</b> Sinusitis	<b>Sí No</b> Diabetes
<b>Sí No</b> Accidente cerebrovascular, Endurecimiento de las arterias	<b>Sí No</b> Convulsiones
<b>Sí No</b> Enfermedad cardíaca	<b>Sí No</b> Resequedad de la boca
<b>Sí No</b> Ataque cardíaco, Defectos cardíacos	<b>Sí No</b> VIH o SIDA
<b>Sí No</b> Transfusiones de sangre	<b>Sí No</b> Tumores o cáncer
<b>Sí No</b> Soplo cardíaco	<b>Sí No</b> Tratamientos de radiación
<b>Sí No</b> Prótesis de válvula cardíaca	<b>Sí No</b> Quimioterapia (píldoras y/o inyecciones)
<b>Sí No</b> Marcapasos	<b>Sí No</b> ETS (sífilis, herpes o gonorrea)
<b>Sí No</b> Fiebre reumática	<b>Sí No</b> Artritis, reumatismo
<b>Sí No</b> Presión arterial alta	<b>Sí No</b> Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades
<b>Sí No</b> Articulación artificial	<b>Sí No</b> Hepatitis, otras enfermedades del hígado
<b>Sí No</b> Problemas estomacales, úlceras	<b>Sí No</b> Enfermedad renal o de la vejiga
<b>Sí No</b> Atención Psiquiátrica	<b>Sí No</b> Osteoporosis

**III. ¿Consumo alguno de los siguientes?:**

- Sí No** Drogas con propósitos recreativos
- Sí No** Alcohol, cerveza o vino
- Sí No** Tabaco (pipas, cigarros, cigarrillos, tabaco para mascar)
- Sí No** Drogas, medicamentos recetados o de venta libre (incluida la aspirina), remedios naturales:  
Indique cuáles: \_\_\_\_\_

**IV. Sólo mujeres:**

- Sí No** Método anticonceptivo: \_\_\_\_\_
- Sí No** ¿Está o podría estar embarazada o lactando?

**V. Todos los pacientes:**

- Sí No** ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que no aparezca en este formulario?  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- Sí No** Alergias a: Medicamentos, alimentos, látex: \_\_\_\_\_

Según mi saber y entender, respondí todas las preguntas de manera completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud y/o medicamentos.

Firma del paciente/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Actualización \_\_\_\_\_

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Actualización \_\_\_\_\_

Iniciales del higienista dental \_\_\_\_\_

# HISTORIA MÉDICA

Esta sección es sólo para proveedores:

**Notas de evaluación:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Historial de revisiones: (Cada 6 a 12 meses)**

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_