

Historia médica del paciente

Nombre del paciente: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ Fecha: ___/___/___

Tutor legal: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ Relación con el paciente: _____

Tutor legal: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ___/___/___ Relación con el paciente: _____

Nuestra red proporciona atención en odontología, ortodoncia y oftalmología. La salud general del cuerpo tiene una interrelación importante con la salud dental y ocular. Responda cada una de las siguientes preguntas sobre el paciente con la mayor precisión posible. ¡Gracias!

¿Han hospitalizado alguna vez al paciente por algún motivo? Sí No

Describe: _____

¿Ha tenido el paciente una operación por algún motivo? Sí No

Describe: _____

Constitución:	<input type="checkbox"/> Deficiencia nutricional	<input type="checkbox"/> Aumento de peso	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del gusto	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Cáncer				
Psiquiátrico:	<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Ninguno
Trastorno congénito:	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Paladar hendido	<input type="checkbox"/> Labio leporino	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Problemas del habla				
Cardiovascular:	<input type="checkbox"/> Desmayo	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Presión baja	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón				
Endocrino:	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2	<input type="checkbox"/> Disfunción de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Ninguno
Hematología:	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Sida/VIH	<input type="checkbox"/> Leucemia			
Tegumentario:	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Herpes labial/ampollas	<input type="checkbox"/> Rosácea	<input type="checkbox"/> Herpes zóster	<input type="checkbox"/> Ninguno
Genitourinario:	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Herpes				
Musculo esquelético:	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	<input type="checkbox"/> Lesión en el cuello	<input type="checkbox"/> Problemas ortopédicos	<input type="checkbox"/> Tétanos	<input type="checkbox"/> Ninguno
Neurológico:	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes		
Pulmonar:	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas respiratorios			<input type="checkbox"/> Ninguno
Reumatología:	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Artritis psoriásica	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune				
Historia ocular:	<input type="checkbox"/> Estrabismo/ojo perezoso	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la córnea	<input type="checkbox"/> Lesión/trauma	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la retina	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Desprendimiento de retina	<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Degeneración macular	<input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/> Retinitis pigmentaria			

¿Tiene el paciente alguna otra condición médica, dental u ocular que no se haya mencionado antes? Sí No

Describe: _____

¿Es el paciente alérgico a algo de lo siguiente?

Aspirin Penicillin Amoxicillin Sulfa Codeine Látex Polen Anestesia local

¿Tiene el paciente alguna otra alergia que no se haya mencionado antes? Sí No

Describe: _____

¿Está tomando el paciente algún medicamento, píldora o droga? Sí No

Describe: _____

¿Ha tenido alguna vez alguien en la familia del paciente (familiar consanguíneo) algo de lo siguiente?

* Anote la relación con el paciente: M- Mother (Madre), F- Father (Padre), U- Uncle (Tío), A- Aunt (Tía), S- Sister (Hermana), B- Brother (Hermano), GF- Grandfather (Abuelo), GM- Grandmother (Abuela)

- Diabetes: _____ Condición del corazón: _____ Presión alta: _____ Trastornos hemorrágicos: _____
 Glaucoma: _____ Cataratas: _____ Enfermedad de la córnea: _____ Degeneración macular: _____
 Retinopatía diabética: _____ Desprendimiento de retina: _____ Retinitis pigmentaria: _____ Estrabismo/ ojo perezoso: _____

Mencione cualquier otro problema médico o de la vista en la familia:

Describe: _____

Hasta donde yo sé, respondí correctamente las preguntas de este formulario. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar al consultorio médico de cualquier cambio en la historia médica o los medicamentos.

Nombre en letra de molde

Firma del paciente (o del tutor, si es menor de edad)

____/____/____
Fecha