

**Curtis E. Jansen, D.D.S.**  
**Historia Médica Confidencial**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**1. MARQUE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRECTA**

1. Si No ¿Está en buena salud general?  
Si no, explique: \_\_\_\_\_
2. Si No ¿Ha habido cambios en su salud durante el último año?
3. Si No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años? ¿Si si, por qué? \_\_\_\_\_
4. Si No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
Fecha de su último examen médico: \_\_\_\_\_  
Fecha de su última cita dental: \_\_\_\_\_
5. Si No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Si No ¿Tiene algún dolor ahora?  
Si si, explique: \_\_\_\_\_

**2. HA NOTADO:**

- |   |   |
|---|---|
| 7. Si No ¿Dolor de pecho (angina)?                      | 17. Si No ¿Dolores de cabeza? ¿Mareos?            |
| 8. Si No ¿Desmayos?                                     | 18. Si No ¿Problemas nasales (sinusitis)?         |
| 9. Si No ¿Reciente pérdida de peso?                     | 19. Si No ¿Vista borrosa?                         |
| 10. Si No ¿Tos persistente o Tos con sangre?            | 20. Si No ¿Vómitos con frecuencia, nauseas?       |
| 11. Si No ¿Problemas de sangramiento, moretes?          | 21. Si No ¿Boca seca?                             |
| 12. Si No ¿Sangre en la orina?                          | 22. Si No ¿Sed excesiva?                          |
| 13. Si No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en Las heces? | 23. Si No ¿Dificultad al tragar?                  |
| 14. Si No ¿Orina con frecuencia?                        | 24. Si No ¿Los tobillos hinchados?                |
| 15. Si No ¿Dificultad al orinar?                        | 25. Si No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |
| 16. Si No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos?              | 26. Si No ¿Falta de aliento?                      |

**3. TIENE O HA TENIDO:**

- |   |  |
|---|--|
| 27. Si No ¿Enfermedades del corazón?                                    | 41. Si No ¿SIDA?                                       |
| 28. Si No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?                  | 42. Si No ¿Tumores, cáncer?                            |
| 29. Si No ¿Soplos en el corazón?  | 43. Si No ¿Artritis, reuma?                            |
| 30. Si No ¿Fiebre reumática?  | 44. Si No ¿Enfermedades de los ojos?                   |
| 31. Si No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?                   | 45. Si No ¿Enfermedades de la piel?                    |
| 32. Si No ¿Presión sanguínea alta?                                      | 46. Si No ¿Anemia?                                     |
| 33. Si No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 47. Si No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? |
| 34. Si No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?                    | 48. Si No ¿Herpes?                                     |

- |  |  |
|--|--|
| 35. Si No ¿Problemas del estómago, úlceras?                        | 49. Si No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? |
| 36. Si No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores? | 50. Si No ¿Diabetes?                             |
| 37. Si No ¿Cirugías? ¿Cirugías Cosméticas?                         | 51. Si No ¿Quimioterapia?                        |
| 38. Si No ¿Tratamientos de radiación?                              | 52. Si No ¿Convulsiones?                         |
| 39. Si No ¿Tratamiento psiquiátrico?                               | 53. Si No ¿Transfusiones de sangre?              |
| 40. Si No ¿Marcapasos?   |  |

#### 4. ES USTED ALERGICO A CUALQUIERA DE LOS SIGUENTE?

54.  Aspirina    55.  Penicilina    56.  Codeína    57.  Acrílico    58.  Metálico    59.  Látex  
 60.  Anestésicas locales  
 61.  Otros    Explicar: \_\_\_\_\_

#### 5. ESTA TOMANDO:

- |   |   |
|---|---|
| 62. Si No ¿Drogas de uso recreativo?                      | 67. Si No ¿Medicamentos?                  |
| 63. Si No ¿Remedios?                                      | 68. Si No ¿Tabaco de cualquier tipo?      |
| 64. Si No ¿Medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 69. Si No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |
| 65. Si No ¿Medicamento para pérdida de peso?              | 70. Si No ¿Suplementos?                   |
| 66. Si No ¿Antibióticos?                                  |   |

#### 6. SOLO PARA MUJERES

- |  |  |
|--|--|
| 71. Si No ¿Esta o podría estar embarazada? | 73. Si No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
| 72. Si No ¿Está dando pecho?               |  |

#### 7. PARA TODOS LOS PACIENTES:

74. Si No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO esta en este cuestionario?  
 Si si, explique: \_\_\_\_\_
75. Si No ¿Alguna vez ha requerido antibióticos antes de tratamiento dental?  
 Si si, explique: \_\_\_\_\_
76. Si No ¿Alguna vez ha tomado Phe-Fen o Redux?  
 Si si, explique: \_\_\_\_\_

**En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Comprendo que si doy información incorrecta, esto puede ser peligroso para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informarle a mi dentista si hay algún cambio en mi salud en los medicamentos que tomo.**

Firma del paciente:

Fecha:

X \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_