

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

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

II. HA NOTADO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|---|
| 7. | Sí | No | ¿Dolor de pecho (angina)? | 18. | Sí | No | ¿Mareos? |
| 8. | Sí | No | ¿Los tobillos hinchados? | 19. | Sí | No | ¿Ruidos o zumbidos en los oídos? |
| 9. | Sí | No | ¿Falta de aliento? | 20. | Sí | No | ¿Dolores de cabeza? |
| 10. | Sí | No | ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche? | 21. | Sí | No | ¿Desmayos? |
| 11. | Sí | No | ¿Tos persistente o tos con sangre? | 22. | Sí | No | ¿Vista borrosa? |
| 12. | Sí | No | ¿Problemas de sangramiento, moretes? | 23. | Sí | No | ¿Convulsiones |
| 13. | Sí | No | ¿Problemas nasals (sinusitis)? | 24. | Sí | No | ¿Sed excesiva? |
| 14. | Sí | No | ¿Dificultad al tragar? | 25. | Sí | No | ¿Orina con frecuencia? |
| 15. | Sí | No | ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en los heces? | 26. | Sí | No | ¿Boca seca? |
| 16. | Sí | No | ¿Vómitos con frecuencia, náuseas? | 27. | Sí | No | ¿Ictericia? |
| 17. | Sí | No | ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. | Sí | No | ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |

III. TIENE O A TENIDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--|
| 29. | Sí | No | ¿Enfermedades del corazón? | 40. | Sí | No | ¿SIDA? |
| 30. | Sí | No | ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? | 41. | Sí | No | ¿Tumores, cáncer? |
| 31. | Sí | No | ¿Soplos en el corazón? | 42. | Sí | No | ¿Artritis, ruema? |
| 32. | Sí | No | ¿Fiebre reumática? | 43. | Sí | No | ¿Enfermedades de los ojos? |
| 33. | Sí | No | ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? | 44. | Sí | No | ¿Enfermedades de la piel? |
| 34. | Sí | No | ¿Presión sanguínea alta? | 45. | Sí | No | ¿Anemia? |
| 35. | Sí | No | ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares? | 46. | Sí | No | ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)? |
| 36. | Sí | No | ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? | 47. | Sí | No | ¿Herpes |
| 37. | Sí | No | ¿Problemas del estómago, úlceras? | 48. | Sí | No | ¿Enfermedades renales (riñón)? |
| 38. | Sí | No | ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos, látex? | 49. | Sí | No | ¿Enfermedades de tiroides o glán- |
| 39. | Sí | No | ¿Familiares con diabetes, problemas con corazón, tumores? | 50. | Sí | No | ¿Diabetes? |

IV. TIENE O A TENIDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|----------------------------------|-----|----|----|---------------------------|
| 51. | Sí | No | ¿Tratamiento psiquiátrico? | 56. | Sí | No | ¿Hospitalizaciones? |
| 52. | Sí | No | ¿Tratamientos de radiación? | 57. | Sí | No | ¿Transfusiones de sangre? |
| 53. | Sí | No | ¿Quimioterapia? | 58. | Sí | No | ¿Cirugías? |
| 54. | Sí | No | ¿Válvula artificial del corazón? | 59. | Sí | No | ¿Marcapasos? |
| 55. | Sí | No | ¿Articulación artificial? | 60. | Sí | No | ¿Lentes de contacto? |

V. ESTÁ TOMANDO:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|---------------------------------|
| 61. | Sí | No | ¿Drogas de uso recreativo? | 63. | Sí | No | ¿Tabaco de cualquier tipo? |
| 62. | Sí | No | ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)? | 64. | Sí | No | ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? |

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|--|
| 65. | Sí | No | ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho? | 66. | Sí | No | ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? |
|-----|----|----|--|-----|----|----|--|

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

- | | | | |
|-----|----|----|---|
| 67. | Sí | No | ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario? |
|-----|----|----|---|

Liste por favor: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____