



# Formulario de historia clínica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

¿Tiene antecedentes familiares de alguna de las siguientes enfermedades? Si la respuesta es "Sí", indique el parentesco.

Diabetes Sí No Parentesco \_\_\_\_\_ Cáncer Sí No Parentesco \_\_\_\_\_  
Enfermedad cardíaca Sí No Parentesco \_\_\_\_\_ Problemas de Sí No Parentesco \_\_\_\_\_  
sangrado  
Tumores Sí No Parentesco \_\_\_\_\_ Enfermedad pulmonar Sí No Parentesco \_\_\_\_\_  
Apneas del sueño Sí No Parentesco \_\_\_\_\_

## PACIENTES MUJERES

¿Está embarazada o existe alguna posibilidad de que esté embarazada? Sí No

## MEDICAMENTOS

¿Usa alguno de los siguientes medicamentos en la actualidad?

Antibióticos Sí No Analgésicos recetados Sí No  
Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) Sí No Aspirina o fármacos como Motrin, Aleve o ibuprofeno Sí No  
Medicamentos para el corazón Sí No Insulina o medicamentos para la diabetes de administración oral Sí No  
Esteroides (cortisona, prednisona, etc.) Sí No Medicamentos para la presión arterial Sí No  
Ansiolíticos, antidepresivos u otros Sí No Biofosfonatos, medicamentos para fortalecer los huesos, Sí No  
medicamentos psiquiátricos medicamentos intravenosos (i.v.) u otros fármacos para el cáncer  
Si la respuesta es "Sí", indique los fármacos que usa y cuánto hace que los usa.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indique cualquier medicamento específico de los que figuran arriba y/o cualquier otro medicamento no mencionado arriba que use actualmente, incluidos los medicamentos recetados, fármacos para bajar de peso, medicamentos de venta libre, remedios holísticos o a base de hierbas, vitaminas o minerales:

Medicamento	Posología	Medicamento	Posología

## ALERGIAS

¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a alguno de los siguientes?

Látex Sí No Codeína u otros analgésicos Sí No  
Productos alimenticios Sí No Aspirina, Motrin, Aleve o ibuprofeno Sí No  
Sedantes y barbitúricos Sí No Penicilina u otros antibióticos Sí No

¿Ha tenido, usted o algún familiar cercano, algún problema con la anestesia local, anestesia general y/o la sedación por vía intravenosa?  
Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿con qué anestésico? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el parentesco? \_\_\_\_\_

Otras alergias a fármacos o alimentos que no figuren arriba: \_\_\_\_\_

# Formulario de historia clínica

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANTECEDENTES SOCIALES

¿Alguna vez fumó, usó un vaporizador o mascó tabaco?    Sí    No                    Si la respuesta es "Sí", ¿durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez ha buscado atención profesional o ha estado hospitalizado por lo siguiente?**

Consumo de sustancias    Sí    No  
Trastornos emocionales    Sí    No  
Alcoholismo                    Sí    No

**¿Consume usted lo siguiente?**

Alcohol                            Sí    No    ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
Marihuana                        Sí    No    ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  
Drogas recreativas                Sí    No    ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

¿Ha tenido algún efecto adverso a causa de un tratamiento odontológico?    Sí    No    Si la respuesta es "Sí", explique \_\_\_\_\_

¿Desea hablar con el médico en privado?    Sí    No

**Entiendo la importancia de suministrar una historia clínica verdadera y completa para que mi médico pueda brindar la mejor atención posible.**

**La información brindada más arriba es completa y correcta a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, padre/madre, tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, padre/madre, tutor, en letra de imprenta/Relación

\_\_\_\_\_  
Firma del médico

## ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Comentarios

\_\_\_\_\_  
Firma del médico