

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA  
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
VALLE DE LAS PALMAS

CIRUJANO DENTISTA  
HISTORIA CLINICA

Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
C.P. \_\_\_\_\_ Tel. de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino  
Ocupacion: \_\_\_\_\_ Recomendado por: \_\_\_\_\_

NOS INTERESAMOS POR SU SALUD, POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS SIGUIENTES. LAS RESPUESTAS SON PARA SU EXPEDIENTE PERSONAL Y SERAN CONSIDERADAS CONFIDENCIALES.

Esta usted en buen estado de salud?..... SI ( ) NO ( )  
Ha existido algun cambio de salud en el ultimo año?..... SI ( ) NO ( )  
Cuando fue su ultima visita a revision medica?..... SI ( ) NO ( )  
Padece ud. De alguna enfermedad cardiaca?..... SI ( ) NO ( )  
Padece ud. de alguna enfermedad de diabetes?..... SI ( ) NO ( )  
Orina mas de 6 veces al dia?..... SI ( ) NO ( )  
Tiene sed la mayor parte del tiempo?..... SI ( ) NO ( )  
Se le seca la boca frecuentemente?..... SI ( ) NO ( )  
Tiene ud. algun familiar enfermo del corazon?..... SI ( ) NO ( )  
Tiene ud. algun familiar enfermo de diabetes?..... SI ( ) NO ( )  
Que parentesco tiene ud. con el enfermo?..... SI ( ) NO ( )  
Fuma? ( )SI ( )NO Cuantos cigarrillos al dia?.....  
Ingiere bebidas alcoholicas? ( )SI ( )NO Cantidad.....Frecuencia ..  
Esta siendo tratado por un medico?..... .. SI ( ) NO ( )  
Si es asi por que causa?.....SI ( ) NO ( )  
Nombre y tel. del Dr.....  
Has tenido alguna enfermedad seria o alguna intervencion quirurgica?..... ..SI ( ) NO ( )  
Que padecimiento u operaci3n fue?..... ..SI ( ) NO ( )  
Ha estado hospitalizado(a) en los ultimos 5 a1os?..... SI ( ) NO ( )  
Cual fue el motivo?..... SI ( ) NO ( )  
Siente dolor en el pecho cuando hace algun esfuerzo?.....SI ( ) NO ( )  
Le falta el aire despues de un ejercicio leve?..... . SI ( ) NO ( )  
Siente que le falta el aire al estar acostado?..... SI ( ) NO ( )  
Es usted alegico a algun medicamento o alimento..... .. SI ( ) NO ( )  
Especifique?.....

Ha tenido hemorragias excesivas o anormales depues de un extraccion dental, cirugia o traumatismo?..... SI ( ) NO ( )  
Se le hacen moretones facilmente?.....SI ( ) NO ( )  
Ha requerido alguna vez una transfucion sanguinea?..... SI ( ) NO ( )  
Padece usted algun trastorno de la sangre( como anemia)?..... SI ( ) NO ( )  
Ha sido sometido a tratamientos de radioterapia o quimioterapia ?..... SI ( ) NO ( )  
Esta usted tomando alguna droga o medicam..... SI ( ) NO ( )  
cual?.....

Cuando fue su ultima visita a revision dental? \_\_\_\_\_

Tiene usted algun problema de salud o enfermedad que no se le haya preguntado anteriormente Que considere mencionar?.....SI ( ) NO ( )  
Cual? \_\_\_\_\_

Le duele algun diente?.....SI ( ) NO ( )  
Le sangra con facilidad las encias?.....SI ( ) NO ( )  
Tene ud. Dientes sensibles al frio, alo caliente, dulce o presion?.....SI ( ) NO ( )  
Malas experiencias dentales?.....SI ( ) NO ( )  
Mastica chicles..... SI ( ) NO ( ) Cuanto tiempo al dia \_\_\_\_\_  
Dificultad al tragar?.....SI ( ) NO ( )

Malos Habitos como:

- ( )Morderse las uñas
- ( )Chuparse el dedo
- ( )Morder objetos
- ( )Morderse los cachetes
- ( )Estar mordiendo con sus propios dientes a uno contrario

Mal aliento?.....SI( ) NO ( )  
Mal sabor de boca?.....SI( ) NO ( )  
Respira ud. Por la boca?.....SI( ) NO ( )  
Tiene dolor alrededor de sus oidos?.....SI( ) NO ( )  
Le salen ampollas en su boca?.....SI( ) NO ( )  
Con que frecuencia? \_\_\_\_\_  
Rechina los dientes?.....SI ( ) NO ( )

Alguna molestia en particular que nos quiera hacer saber?  
\_\_\_\_\_

POR FAVOR MARQUE CON UNA 'X' SI PADECE O HA PEDECIDO CUALQUIERA DE LOS TRANTORNOS O ENFERMEDADES SIGUIENTES:

- Fiebre reumatica.....( )
- Problema congenito del corazon( )
- Desmayos o convulsiones.....( )
- Presion alta.....( )
- Presion baja.....( )
- Angina de pecho.....( )
- Infarto al corazon.....( )
- Embolia.....( )
- Arteriosclerosis.....( )
- Enfermedades venereas VIH.....( )
- SIFILIS.....( )
- GONORREA.....( )
- Asma o fiebre del Heno.....( )
- Urticaria o Erupciones cutaneas.....( )
- Artritis.....( )
- Reumatismo.....( )
- Ulcera gastrica.....( )
- Problemas renales.....( )
- Hepatitis o enfermedad del organo....( )
- Tuberculosis.....( )
- Tos frecuente o expectora sangra al tocer( )

Utiliza actualmente alguno de los siguientes productos? ( por favor marque con una 'x')

- ( ) Antibioticos
- ( ) Anticoagulante (adelgazante de la sangre)
- ( ) Medicamentos para la presion baja o alta
- ( ) Cortisona o Esteroides ( ANTIHISTAMINICOS)
- ( ) Tranquilizantes
- ( ) Aspirina
- ( ) Insulina
- ( ) Marcapasos, Bypass o medicamentos para enfermedades del corazon.

Otro: \_\_\_\_\_

Ha tenido algun problema con la anestecia? General ( ) o Local ( )

Especifique que anestecia utilizaron: \_\_\_\_\_

**PADECIMIENTO ACTUAL**

SIGNOS Y SINTOMAS	FECHA DE INICIO	HORA DE PREDOMINIO	MEDICAMENTOS QUE UTILIZA	DOSIS	COMPLICACIONES

**APARATOS Y SISTEMAS**

Oseo:	Endocrino:	Masticatorio:
Nervioso:	Cardiovascular:	Renal:
Digestivo:	Respiratorio:	Muscular:
Genitourinario:	Piel y faneras:	
Ginecoobstetricos:		

Menarquia:	Ritmo:	Duracion:	Menopausia:
FUR:	FUP:	Gestas:	Para:
Abortos:			
Metodos de planificacion:	Se conoce embarazada actualmente:		

EXPLORACION FISICA:

HABITOS

EXTERIOR: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

SIGNOS VITALES:

FR: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ TALLA: \_\_\_\_\_

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

BH Completa:

Examen general de orina:

Glucosa sanguinea:

Radiografias:

TERAPEUTICA EMPLEADA:

Indicar medicamento (s), dosis, via de administracion , complicaciones o efectos secundarios por el uso de los mismo:

Lei detenidamente el interrogatorio y todas las respuestas fueron contestadas de manera veridica y doy fe de esto.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del menor \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

