

Servicios Médicos Clínicos/Historial Dental

Sus repuestas son para nuestros historiales únicamente y se mantendrán de forma confidencial como lo indican las leyes aplicables. Esta información es vital para permitirnos proveerle el cuidado apropiado.

Nombre: Apellido Primer nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento: Altura: Peso:

Si usted está llenando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?

Su nombre: Relación:

¿Tiene alguno de los siguientes problemas o enfermedades?: (Marque el recuadro NS si "No Sabe" la respuesta a la pregunta)	Sí	No	NS
Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente con una duración mayor a 3 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contestó "sí" a cualquiera de estas cuatro preguntas, por favor deténgase y regrese este cuestionario a la recepción.

Información Dental *Para las siguientes preguntas, por favor marque (X) en sus respuestas.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o utiliza hilo dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolor en los oídos o en el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sensibilidad en los dientes a lo frío, caliente, dulces o presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le truena, suena o tiene dolor en las mandíbulas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ator la comida o el hilo dental en sus dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Rechinan sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la boca seca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene úlceras en la boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido tratamientos periodontales (encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Participa en actividades recreativas activas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Utiliza dentaduras o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene lesiones severas en su cabeza o boca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tratamiento de ortodoncia (frenos)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido problemas asociados con tratamientos dentales previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Contiene Fluoruro el suministro de agua de su casa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental: _____			
¿Tiene ahora dolor o malestar dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué le hicieron en su último examen dental?			
¿Bebe agua embotellada o de filtro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Si contestó "sí", ¿con qué frecuencia? (marque una)				Fecha de sus últimos rayos X dentales: _____			
<input type="checkbox"/> DIARIO <input type="checkbox"/> CADA SEMANA <input type="checkbox"/> EN OCACIONES							

¿Cuál es la razón de su visita hoy?

¿Cómo se siente con su sonrisa?

Información Médica *Por favor marque (X) en sus respuestas para indicar si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes problemas o enfermedades.*

¿Está bajo el cuidado de un médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del médico: _____	Teléfono (Incluya código de área) _____
¿Tienes buena salud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dirección/Ciudad/Código Postal: _____	
¿Ha habido cualquier cambio en su salud general el último año? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó 'sí', ¿qué condición se le ha tratado? _____	¿Está actualmente tomando medicamentos prescritos o que no requieren prescripción? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó 'sí', por favor enlístelos, incluyendo vitaminas, preparaciones naturales o de hierbas, y/o suplementos para dietas: _____	
¿Ha tenido una enfermedad seria, operación, o ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si contestó 'sí', ¿Cuál problema o enfermedad? _____	Fecha de su último examen físico: _____	

¿Utiliza lentes de contacto? Si No

¿Usted consume bebidas alcohólicas?..... Si No

Si contestó 'sí', ¿cuánto alcohol consumió en las últimas 24 horas? _____

Si contestó 'sí', ¿Cuánto bebe típicamente a la semana? _____

Consume drogas callejeras Se inyecta drogas Comparte jeringas o equipo?

¿Utiliza usted productos de tabaco tales como: (Marque el recuadro)

Cigarros Vapor Tabaco que no se fuma Pipa
 Hookah Tabaco Masticable

¿Está interesado en dejar el hábito? Si No

Usted: (Marque el recuadro que aplique)
 Reemplazo de articulaciones. ¿Le han hecho un reemplazo ortopédico total en las articulaciones (cadera, rodilla, codo, dedo)? Si No No Se
 Fecha _____ Si contestó 'sí' ¿ha tenido complicaciones? _____
 ¿Está tomando actualmente, o tiene planes para comenzar a tomar los medicamentos alendronate (Fosamax®) o risendonate (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?..... Si No No Se
 Desde el 2001, ¿fue usted tratado o está programado para ser tratado con bisfosferatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para dolor de huesos, hipercalcemia o complicaciones en el esqueleto que son resultado de la enfermedad Paget, mieloma múltiple o cáncer metastático?
 Si No No Se Fecha en la que comenzó el tratamiento _____

MUJERES SOLAMENTE ¿Está usted:
 ¿Embarazada? Si No No Se Número de semanas _____
 ¿Tomando pastillas anticonceptivas o reemplazo de hormonas? Si No No Se ¿Amamantando? Si No No Se
 ¿Está experimentando violencia doméstica o tráfico humano? Si No No Se
 Si contestó 'sí', ¿desea recibir información o ayuda hoy? Si No

Alergias – Es usted alérgico o tiene alguna reacción a: Cuando conteste 'sí', por favor especifique el tipo de reacción.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS		Sí	No	NS
Anestésias locales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rinitis Alérgica/estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex (goma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lodine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos con sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Por favor marque su respuesta para indicar si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes problemas o enfermedades

	Sí	No	NS		Sí	No	NS		Sí	No	NS
Válvula artificial de corazón (protésica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previo endocardio no efectivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en un trasplante de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (CHD)				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No reparada, cianótica CHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada (por completo) en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique _____			
CHD reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excepto para las condiciones nombradas anteriormente, los antibióticos				Problemas en senos nasales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
profilácticos ya no son recomendados para ninguna otra forma de CHD.				Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Cáncer/Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique _____			
				Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación glandular persistente en el cuello			
				Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida peso severa/rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección del VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gastrointestinal agruras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Inscrito en Ryan White?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Infarto cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Marca pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Micción (orina) excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Otros defectos cardíacos congénitos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
				Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Falla cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Murmullo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Válvulas del corazón dañadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
				Fecha de transfusión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

¿Le ha recomendado su médico o un dentista previo que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?... Si No No Se

Nombre del médico o dentista que hizo la recomendación: _____ Teléfono: _____

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté listado anteriormente que considere debemos saber? Si No

Por favor explique: _____

NOTA: Se les anima tanto al proveedor dental, como al paciente, que hablen sobre todos los problemas de salud antes del tratamiento.

Declaro que he leído y entiendo lo anterior y que la información que he dado en este formulario es correcta. Entiendo la importancia de un historial médico fidedigno y que mi proveedor dental y su personal dependerán de esta información para darme tratamiento. Reconozco que mis preguntas, si las tengo, acerca de lo que se me ha preguntado anteriormente han sido contestadas a mi satisfacción. No haré responsable a mi proveedor dental, o a cualquier otro miembro de su personal, por cualquier acción que ellos tomen, o no tomen, debido a errores u omisiones que haya yo hecho al llenar este formulario.

Firma del paciente/Tutor legal: _____ Fecha _____

Comments: **PARA SER LLENADO POR EL PROVEEDOR DENTAL**