

Formulario para la Historia de Salud

E-mail: Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>		
Apellido	Nombre	2o Nombre	()	()		
Dirección:		Ciudad:		Estado:		
Dirrección postal				Código postal:		
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F	
SS# o ID del Paciente:		Contacto en Emergencias:	Parentesco:	Teléfono:	Teléfono celular:	
				()	()	
				<i>Incluya código del área</i>		
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?						
Su Nombre		Parentesco				
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:						
<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>						
				Sí	No	NS
Tuberculosis activa				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.						

Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE				Fecha de su última radiografía dental:			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico:				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre							
Teléfono: <i>Incluya código del área</i>							
()							
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Si es así, qué condición le están tratando?							
Fecha de su último examen médico:							

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) **Sí No NS**

Usa lentes de contacto?

Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?

Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____

Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget?

Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico?

Fecha del comienzo del Tratamiento: _____

Alergias - Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a: **Sí No NS**

En todas las respuestas **afirmativas**, especifique el tipo de reacción.

Anestésicos locales

Aspirina

Penicilina u otros antibióticos

Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir

Sulfas

Codeína u otros narcóticos

Usa sustancias reguladas (drogas)?

Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?

Si es así, le interesaría dejar de hacerlo?

(marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA

Bebe bebidas alcohólicas?

Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____

Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____

SÓLO PARA MUJERES Está usted:

Embarazada?

Número de semanas: _____

Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?

Amamantando?

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

Sí No NS

Válvula cardíaca artificial (prótesis)

Previa endocarditis infecciosa

Válvulas dañadas en corazón transplantado

Enfermedad cardíaca congénita (ECC)

ECC cianótica, sin reparar

Reparada en los últimos 6 meses (completamente)

ECC reparada con defectos residuales

Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.

Sí No NS

Enfermedad cardiovascular

Angina

Arterioesclerosis

Insuficiencia cardíaca

congestiva

Daño en las válvulas cardíacas

Infarto del miocardio

Soplo en el corazón

Presión arterial baja

Presión arterial alta

Otros defectos congénitos

del corazón

Prolapso de la válvula mitral

Marcapasos

Fiebre reumática

Enfermedad cardíaca reumática

Sangramiento anormal

Anemia

Transfusión sanguínea

Si es así, fecha: _____

Hemofilia

SIDA o infección por VIH

Artritis

Sí No NS

Enfermedad autoinmune

Artritis reumatoidea

Lupus eritematoso sistémico

Asma

Bronquitis

Enfisema

Sinusitis

Tuberculosis

Cáncer/Quimioterapia/

Radioterapia

Dolores de pecho por esfuerzo

Dolor crónico

Diabetes Tipo I o II

Trastornos de alimentación

Malnutrición

Enfermedad gastrointestinal

Reflujo G.E./ardor persistente

Úlceras

Alteraciones de la tiroides

Derrame cerebral

Glaucoma

Sí No NS

Hepatitis, ictericia o

enfermedad hepática

Epilepsia

Desmayos o ataques epilépticos

Alteraciones neurológicas

Si es así, especifique: _____

Alteraciones del sueño

Alteraciones mentales

Especifique: _____

Infecciones recurrentes

Tipo de infección: _____

Alteraciones renales

Sudor nocturno

Osteoporosis

Inflamación persistente de los

ganglios del cuello

Cefaleas graves/jaquecas

Pérdida de peso severa o rápida

Enfermedades venéreas

Orina en forma excesiva

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____

Teléfono: _____

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: _____

NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado: _____

Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____
