Formulario de Historial Médico

Email: la Fecha de Hoy:

Como lo exige la ley, nuestra oficina cumple con políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales, sujetos a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y pueden surgir preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no utiliza esta información para discriminar.

Nombre: Last First Middle | Teléfono de Casa: | Teléfono Móvil:

Dirección: Mailing address | Ciudad: | Estado: | Código Postal:

Ocupación: | Altura: | Peso: | Fecha de Nacimiento: | Sexo: M F

Número de Seguro Social: | Contacto de Emergencia: | Relación: | Teléfono Móvil: | Teléfono de Casa: *Include area codes*

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

Nombre: | Relación:

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas? **Marque "DK" si no sabe la respuesta a la pregunta.**

	Sí	No	DK
Tuberculosis Activa	☐	☐	☐
Tos Persistente de Más de 3 Semanas de Duración	☐	☐	☐
Tos que produce sangre	☐	☐	☐
¿Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis?	☐	☐	☐

Si responde sí a cualquiera de los 4 elementos anteriores, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Información Dental

Para las siguientes preguntas, por favor marque (X) sus respuestas a las siguientes preguntas

	Sí	No	DK
¿Sangran sus encías cuando se cepilla o usa hilo dental?	☐	☐	☐
¿Le duelen los dientes con el frío, calor, dulces o presión?	☐	☐	☐
¿Se queda comida o hilo dental atrapado entre sus dientes?	☐	☐	☐
¿Tiene la boca seca?	☐	☐	☐
¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (de encías)?	☐	☐	☐
¿Ha recibido algún tratamiento de ortodoncia (brackets)?	☐	☐	☐
¿Ha tenido algún problema relacionado con tratamientos dentales previos?	☐	☐	☐
¿El suministro de agua en su hogar está fluoridado?	☐	☐	☐
¿Bebe agua embotellada o filtrada?	☐	☐	☐
¿Con qué frecuencia? Todos los Días Cada Semana A Veces			
¿Está experimentando dolor o incomodidad dental en este momento?	☐	☐	☐

	Sí	No	DK
¿Tiene dolor de oídos o dolor en el cuello?	☐	☐	☐
¿Tiene clics, ruidos o molestias en la mandíbula?	☐	☐	☐
¿Hace rechinar o apretar los dientes?	☐	☐	☐
¿Tiene llagas o úlceras en la boca?	☐	☐	☐
¿Usa dentaduras postizas o parciales?	☐	☐	☐
¿Participa en actividades recreativas activas?	☐	☐	☐
¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐	☐	☐

Fecha de su último examen dental:

¿Qué se hizo en ese momento?

Fecha de la última radiografía dental:

¿Cuál es el motivo de su visita dental hoy?

¿Cómo se siente acerca de su sonrisa?

Información Médica

Por favor, marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Sí	No	DK
¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	☐
¿Estás en buena salud?	☐	☐	☐
¿Ha habido algún cambio en tu salud general durante el último año?	☐	☐	☐

Nombre del médico: Teléfono

Si es así, ¿qué condición se está tratando?

Fecha del último examen físico:

Nombre de la farmacia: Teléfono

	Sí	No	DK
¿Has tenido alguna enfermedad grave, operación o has estado hospitalizado en los últimos 5 años?	☐	☐	☐

Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?

	Sí	No	DK
¿Estás tomando o has tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre?	☐	☐	☐

Si es así, por favor enumera todos, incluyendo vitaminas, preparaciones naturales o herbales y/o suplementos dietéticos:

_____

_____

_____

_____

Información Médica

Por favor, marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque DK si no sabe la respuesta a la pregunta)

	Sí	No	DK
¿Usas lentes de contacto?	☐	☐	☐
Reemplazo de articulaciones. ¿Has tenido un reemplazo ortopédico total de alguna articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?	☐	☐	☐
Fecha: _____ Si es así, ¿has tenido alguna complicación? _____			
¿Estás tomando o tienes programado comenzar a tomar alguno de los medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?	☐	☐	☐
Desde 2001, ¿fuiste tratado o tienes programado comenzar tratamiento con los bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?	☐	☐	☐
Fecha en que comenzó: _____			

	Sí	No	DK
¿Usas sustancias controladas (drogas)?	☐	☐	☐
¿Usas tabaco (fumando, rapé, mascando, bidis)?	☐	☐	☐
Si es así, ¿qué tan interesado/a estás en dejarlo? **NO INTERESADO/A** **ALGO** **MUY**			
¿Bebes bebidas alcohólicas?	☐	☐	☐
Si es así, ¿cuánto alcohol consumiste en las últimas 24 horas? _____			
Si es así, ¿cuánto sueles beber en una semana? _____			
MUJERES SOLAMENTE: ¿Estás...?			
¿Estás embarazada?	☐	☐	☐
Número de semanas: _____			
¿Estás tomando píldoras anticonceptivas o reemplazo hormonal?	☐	☐	☐
¿Estás amamantando?	☐	☐	☐

Alergias – ¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a?:

*Si responde **"sí"**, especifique el tipo de reacción.*

	Sí	No	DK
Medicamentos con sulfa _____	☐	☐	☐
Aspirina _____	☐	☐	☐
Penicilina u otros antibióticos _____	☐	☐	☐
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir _____	☐	☐	☐
Anestésicos local _____	☐	☐	☐
Codeína u otros narcóticos _____	☐	☐	☐
Metal _____	☐	☐	☐
Látex (hule/caucho) _____	☐	☐	☐
Yodo _____	☐	☐	☐
Fiebre del heno / Alergias _____	☐	☐	☐
Animales _____	☐	☐	☐
Alimentos _____	☐	☐	☐
Otro _____	☐	☐	☐

Por favor, marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Sí	No	DK
Válvula cardíaca artificial (protésica)	☐	☐	☐
Endocarditis infecciosa previa	☐	☐	☐
Válvulas dañadas en corazón trasplantado	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca congénita (CHD)			
CHD cianótica no reparada	☐	☐	☐
Reparada (completamente) en los últimos 6 meses	☐	☐	☐
CHD reparada con defectos residuales	☐	☐	☐

Excepto por las condiciones mencionadas anteriormente, la profilaxis antibiótica ya no se recomienda para ninguna otra forma de CHD.

	Sí	No	DK
Enfermedad cardiovascular	☐	☐	☐
Angina	☐	☐	☐
Arteriosclerosis	☐	☐	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐	☐	☐
Válvulas cardíacas dañadas	☐	☐	☐
Ataque al corazón	☐	☐	☐
Soplo cardíaco	☐	☐	☐
Presión arterial baja	☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	☐
Otros defectos cardíacos congénitos	☐	☐	☐
Prolapso de la válvula mitral	☐	☐	☐
Marcapasos	☐	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca reumática	☐	☐	☐
Sangrado anormal	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐
Transfusión de sangre	☐	☐	☐
Si es sí, fecha: _____			
Hemofilia	☐	☐	☐
SIDA o infección por HIV	☐	☐	☐
Artritis	☐	☐	☐

	Sí	No	DK
Enfermedad autoinmune	☐	☐	☐
Artritis reumatoide	☐	☐	☐
Lupus eritematoso sistémico	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐
Bronquitis	☐	☐	☐
Enfisema	☐	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐	☐
Dolor crónico	☐	☐	☐
Cáncer / Quimioterapia / Tratamiento con radiación	☐	☐	☐
Problemas de senos paranasales	☐	☐	☐
Diabetes Tipo I o II	☐	☐	☐
Dolor en el pecho al hacer esfuerzo	☐	☐	☐
Trastorno alimenticio	☐	☐	☐
Desnutrición	☐	☐	☐
Enfermedad gastrointestinal	☐	☐	☐
Reflujo gastroesofágico / Acidez estomacal persistente	☐	☐	☐
Úlceras	☐	☐	☐
Problemas de tiroides	☐	☐	☐
Derrame cerebral	☐	☐	☐
Glaucoma	☐	☐	☐

	Sí	No	DK
Hepatitis, Ictericia o enfermedad del hígado	☐	☐	☐
Epilepsia	☐	☐	☐
Desmayos o convulsiones	☐	☐	☐
Trastornos neurológicos	☐	☐	☐
Si es sí, especifique _____			
Trastorno del sueño	☐	☐	☐
Trastornos de salud mental *Especifique* _____	☐	☐	☐
Infecciones recurrentes	☐	☐	☐
Tipo de infección: _____			
Problemas renales	☐	☐	☐
Sudores nocturnos	☐	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐	☐
Glándulas inflamadas persistentes en el cuello	☐	☐	☐
Dolores de cabeza intensos / Migrañas	☐	☐	☐
Pérdida de peso severa o rápida	☐	☐	☐
Enfermedad de transmisión sexual	☐	☐	☐
Orinación excesiva	☐	☐	☐

	Sí	No	DK
¿Un médico o dentista anterior le ha recomendado tomar antibióticos antes de su tratamiento dental?	☐	☐	☐

Nombre del médico o dentista que hizo la recomendación | Teléfono

	Sí	No	DK
¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté mencionado anteriormente y que crea que debo saber? Por favor, explíquelo	☐	☐	☐

NOTA: Tanto el doctor como el paciente están alentados a discutir cualquier problema de salud relevante antes del tratamiento.

Certifico que he leído y entendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Comprendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su equipo confiarán en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubo, sobre los puntos mencionados anteriormente han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su equipo por cualquier acción que tomen o dejen de tomar debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente | Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

Comentarios _____