

Historia de Salud Para Paciente Nuevo



Fecha de hoy:

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Contacto en Emergencias: _____ Telefono: _____ Parentesco: _____

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 tenga presente que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y puede que se le haga preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá brindarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para discriminar.

Información Dental

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

| | S | N |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le duelen los dientes con el frio, calor, con los dulces o al presionar? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sufre de boca seca? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está fluorada el agua que llega a su casa? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bebe usted, agua embotellada o filtrada? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, con que frecuencia? | | |
| Tiene dolor o molestias dentales en este momento? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sufre de dolor de oídos o de cuello? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiene lesiones o úlceras en su boca? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usa dentaduras (placas) completas o parciales? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Participa en actividades energicas de recreación? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fecha de su último examen dental:

Que le hicieron en esa ocasión?

Fecha de su última radiografía dental:

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.)

| | S | N |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Se encuentra ahora, bajo el cuidado de un médico? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Médico:

Telefono del Médico:

Dirección/Ciudad/Estado/Código:

| | S | N |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Se encuentra usted sano/a? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, que condición le están tratando? | | |
| Fecha de su último examen médico: | | |
| Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, cuál fue la enfermedad o el problema? | | |
| Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: | | |

| | S | N |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Usa lentes de contacto? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones Artificiales. | | |
| Ha tenido algún reemplazo ortopedico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha: _____ Si la respuesta es sí, ha tenido alguna complicación? | | |
| Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax, Actonel, Atelvia, Boniva, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desde el año 2001, ha sido tratado/a está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia, Zometa, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fecha del comienzo del Tratamiento: | | |
| Usa sustancias reguladas (drogas)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usa tabaco (fumado, aspirado/rape, masticado, en dibus)? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, le interesaría dejar de hacerlo? | | |
| Bebe bebidas alcohólicas? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, explique (poco o mucho) | | |

| Sólo Mujeres | S | N |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Está usted embarazada? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si la respuesta es sí, diga el numero de semanas: | | |
| Está usted tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está usted amamantando? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Alergias.

Es usted alérgico- o atenido alguna reacción- a:

S N

- Anestésicos locales
- Aspirina
- Codeína u otros narcóticos
- Ibuprofeno
- Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir
- Sulfas

S N

- Yodo
- Látex (goma)
- Penicilina u otros antibióticos
- Polen (fiebre del heno)/estacional
- Alimentos
- Otros

(En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción)

Enfermedades

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

Válvula cardíaca artificial (prótesis)

S N

Previa endocarditis infecciosa

Válvulas dañadas en corazón transplantado

Enfermedades cardíacas 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

S N

- Enfermedad cardiovascular
- Angina
- Arterioesclerosis
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Daño en las válvulas cardíacas
- Soplo en el corazón
- Infarto del miocardio
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Otros defectos congénitos del corazón

S N

- Prolapso de la válvula mitral
- Marcapasos
- Enfermedad cardíaca reumática
- Fiebre reumática
- Sangramiento anormal
- Anemia
- Transfusión sanguínea (Si es sí, fecha)

- Hemofilia
- SIDA o infección por VIH
- Artritis

S N

- 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
- Diabetes tipo II
- Trastornos de alimentación
- Malnutrición
- Enfermedad gastrointestinal
- Reflujo G.E./ardor persistente
- Ulceras
- Alteraciones de las tiroides
- Derrame cerebral
- Le ha recomendado algún médico ó su dentista anterior que tome antibióticos antes de su visita dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:

Teléfono:

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

Explique por favor:

Nota: Se le encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente, antes del tratamiento.

S N

- Glaucoma
- Hepatitis, ictericia ó enfermedad hepática
- Epilepsia
- Desmayos ó ataques epilépticos
- Alteraciones neurológicas (especifique:)
- Usted ronca?
- Alteraciones mentales (especifique)
- Alteraciones del sueño
- Infecciones recurrentes (tipo de infección:)
- Alteraciones renales
- Sudor nocturno
- Osteoporosis
- Inflamación de los ganglios del cuello
- Cefaleas graves/jaquecas
- Pérdida de peso severa ó rápida
- Enfermedades venéreas
- Orina en forma excesiva

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece 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/Tutor Legal:

Firma del proveedor: