Formulario para la Historia de Salud

E-mail: Fecha de hoy:

American Dental Association
www.ada.org

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: (Apellido / Nombre / 2o Nombre) Teléfono de Casa*: *Incluya código del área* ( ) Teléfono de Oficina/Celular*: *Incluya código del área* ( )

Dirección: (Dirreción postal) Ciudad: Estado: Código postal:

Ocupación: Altura: Peso: Fecha de nacimiento: Sexo: M F

SS# o ID del Paciente: Contacto en Emergencias: Parentesco: Teléfono: ( ) *Incluya código del área* Teléfono celular: ( )

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:	**Sí**	**No**
Tuberculosis Activa	☐	☐
Tos persistente de más de 3 semanas de duración	☐	☐
Tos que produce sangre	☐	☐
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis	☐	☐

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**
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	☐	☐
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	☐	☐
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	☐	☐
Sufre de boca seca?	☐	☐
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	☐	☐
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	☐	☐
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	☐	☐
Está fluorada el agua que llega a su casa?	☐	☐
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	☐	☐
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A diario/ Semanalmente/ Ocasionalmente		
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	☐	☐

	Sí	**No**
Sufre de dolor de oídos o del cuello?	☐	☐
Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	☐	☐
Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	☐	☐
Tiene lesiones o úlceras en su boca?	☐	☐
Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	☐	☐
Participa en actividades enérgicas de recreación?	☐	☐
Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐	☐

Fecha de su último examen dental:
Qué 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.*

	Sí	**No**
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	☐	☐

Médico: (Nombre) Teléfono: *Incluya código del área* ( )

Dirección Ciudad/Estado Código:

Se encuentra usted sano/a?	☐	☐
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	☐	☐

Si es así, qué condición le están tratando?

Fecha de su último examen médico:

	Sí	**No**
Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	☐	☐

Si es así, cuál fue la enfermad o el problema?

Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos. ☐ ☐

_____

_____

_____

_____

© American Dental Association, 2006

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
Usa lentes de contacto?	☐	☐
Está tomando o ha tomado algún fármaco dietético como el Pondimin (fenfluoramina), Redux (dexfenfluoramina) o fen-fen (combinación de fenfluoramina-fentermina)?	☐	☐
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: _____		

	Sí	No
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?	☐	☐

Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? ☐ ☐
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?

Alergias - Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción - a: (En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.)

	Sí	No		Sí	No
Anestésicos locales _____	☐	☐	Metales (Especifique) _____	☐	☐
Aspirina _____	☐	☐	Látex (goma) _____	☐	☐
Penicilina u otros antibióticos _____	☐	☐	Yodo _____	☐	☐
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____	☐	☐	Polen (fiebre del heno)/ estacional _____	☐	☐
Sulfas _____	☐	☐	Animales _____	☐	☐
Codeína u otros narcóticos _____	☐	☐	Alimentos _____	☐	☐
			Otros (Especifique) _____	☐	☐

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
Soplo en el corazón	☐	☐
Prolapso de la válvula Mitral	☐	☐
Válvulas artificiales en el corazón	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐
Enfermedad cardiovascular	☐	☐
Angina	☐	☐
Arteriosclerosis	☐	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐	☐
Enfermedad de las arterias coronarias	☐	☐
Daño en las válvulas cardíacas	☐	☐
Infarto	☐	☐
Presión arterial baja	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐
Defectos congénitos del corazón	☐	☐

	Sí	No
Marcapasos	☐	☐
Enfermedad cardíaca reumática	☐	☐
Sangramiento anormal	☐	☐
Anemia	☐	☐
Transfusión sanguínea	☐	☐
Si es así, fecha: _____		
Hemofilia	☐	☐
SIDA o infección por VIH	☐	☐
Artritis	☐	☐
Enfermedad autoinmune	☐	☐
Artritis reumatoidea	☐	☐
Lupus eritematoso sistémico	☐	☐
Asma	☐	☐
Bronquitis	☐	☐
Enfisema	☐	☐
Sinusitis	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐

	Sí	No
Cáncer/ Quimoterapia/ 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	☐	☐
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	☐	☐
Epilepsia	☐	☐
Desmayos o ataques epilépticos	☐	☐

	Sí	No
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: _____