

Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

Email: _____ Fecha de hoy: _____

Por favor confirme que recibiste este texto

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: _____ <i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>2o Nombre</i>	Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> ()	Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> ()
Dirrección: _____ <i>Dirrección postal</i>	Ciudad: _____	Estado: Código postal: _____
Ocupación: _____	Altura: Peso: Fecha de nacimiento: Sexo: M F	
SS# o ID del Paciente: Contacto en Emergencias: _____	Parentesco: _____	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> () Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i> ()
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona? <i>Su Nombre</i> <i>Parentesco</i>		
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? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> 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: _____ <i>Nombre</i>						Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ()	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?							
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"/>			Si 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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA
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"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o 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 metastásico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?
SÓLO MUJERES Está usted:					
Embarazada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Número de semanas: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Amamantando?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:		Sí	No	NS	
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales
Anestésicos locales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma)
Aspirina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo
Penicilina u otros antibióticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/estacional
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales
Sulfas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos
Codeína u otros narcóticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros

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			Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
Previa endocarditis infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática
Válvulas dañadas en corazón transplantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos
ECC cianótica, sin reparar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____
ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>					Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ronca?
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____
Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____
Daño en las válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales
Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas
Otros defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida
					Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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: *Incluya código del área* ()

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: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____
