

Formulario para la Historia de Salud



American Dental Association
www.ada.org

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	Zo Nombre	()	()
Dirección:	Ciudad:		Estado:	Código postal:
Dirrección 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:	(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)	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:	Teléfono: <i>Incluya código del área</i>			Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre	()						
Dirección	Ciudad/Estado	Código:		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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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		Sí	No	NS
Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está tomando o ha tomado algún fármaco dietético como el Pondimin (fenfloramina), Redux (dexfenfloramina) o fen-fen (combinación de fenfloramina-fentermina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget?	<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			
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____				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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Número de semanas _____			
				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"/>

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

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	Sí	No	NS	Sí	No	NS				
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/ Quimioterapia/ Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula Mitral...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, Especifique : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas artificiales en el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____				Malnutrición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E. /ardor persistente ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina en forma excesiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
				Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

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: _____

