

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón			Marcapasos			Cáncer/ Quimioterapia/ Radioterapia.....			Alteraciones neurológicas		
Prolapso de la válvula Mitral... ..			Enfermedad cardíaca reumática ..			Dolores de pecho por esfuerzo..			Si es así, Especifique : _____		
Válvulas artificiales en el corazón.....			Sangramiento anormal			Dolor crónico			Alteraciones del sueño		
Fiebre reumática.....			Anemia			Diabetes Tipo I o II			Alteraciones mentales		
Enfermedad cardiovascular			Transfusión sanguínea.....			Trastornos de alimentación.....			Especifique: _____		
Angina			Si es así, fecha: _____			Malnutrición.....			Infecciones recurrentes.....		
Arteriosclerosis			Hemofilia			Enfermedad gastrointestinal			Tipo de infección: _____		
Insuficiencia cardíaca congestiva.....			SIDA o infección por VIH			Reflujo G.E. /ardor persistente ...			Alteraciones renales		
Enfermedad de las arterias coronarias			Artritis.....			Úlceras			Sudor nocturno		
Daño en las válvulas cardíacas... ..			Enfermedad autoinmune			Alteraciones de la tiroides			Osteoporosis		
Infarto			Artritis reumatoidea			Derrame cerebral.....			Inflamación persistente de los ganglios del cuello		
Presión arterial baja.....			Lupus eritematoso sistémico.....			Glaucoma			Cefaleas graves/jaquecas.....		
Presión arterial alta.....			Asma			Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática			Pérdida de peso severa o rápida		
Defectos congénitos del corazón			Bronquitis.....			Epilepsia			Enfermedades venéreas.....		
			Enfisema			Desmayos o ataques epilépticos			Orina en forma excesiva.....		
			Sinusitis.....								
			Tuberculosis.....								

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: _____
