

Formulario de Historial Médico



Email: _____ la Fecha de Hoy: _____

Como lo exige la ley, nuestra oficina cumple con políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales, sujetos a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y pueden surgir preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no utiliza esta información para discriminar.

Nombre:		Teléfono de Casa:		Teléfono Móvil:		
Last	First	Middle				
Dirección:			Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Mailing address						
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F	
Número de Seguro Social:		Contacto de Emergencia:	Relación:	Teléfono Móvil:	Teléfono de Casa:	
<i>Include area codes</i>						
Si está completando este formulario para otra persona, ¿cuál es su relación con esa persona?						
Nombre:			Relación:			
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas?						
				Marque "DK" si no sabe la respuesta a la pregunta.		
				Sí	No	DK
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 expuesto a alguien con tuberculosis?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si responde sí a cualquiera de los 4 elementos anteriores, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.						

Información Dental Para las siguientes preguntas, por favor marque (X) sus respuestas a las siguientes preguntas

	SÍ	NO	DK		SÍ	NO	DK
¿Sangran sus encías cuando se cepilla o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolor de oídos o dolor en el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le duelen los dientes con el frío, calor, dulces o presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene clics, ruidos o molestias en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se queda comida o hilo dental atrapado entre sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hace rechinar o apretar los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene la boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene llagas o úlceras en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (de encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usa dentaduras postizas o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido algún tratamiento de ortodoncia (brackets)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Participa en actividades recreativas activas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún problema relacionado con tratamientos dentales previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El suministro de agua en su hogar está fluoridado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
¿Bebe agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué se hizo en ese momento?			
¿Con qué frecuencia? Todos los Días Cada Semana A Veces				Fecha de la última radiografía dental:			
¿Está experimentando dolor o incomodidad dental en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Cuál es el motivo de su visita dental hoy?							
¿Cómo se siente acerca de su sonrisa?							

Información Médica Por favor, marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	SÍ	NO	DK		SÍ	NO	DK
¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Has tenido alguna enfermedad grave, operación o has estado hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del médico: _____ Teléfono _____				Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?			
¿Estás en buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estás tomando o has tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún cambio en tu salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, por favor enumera todos, incluyendo vitaminas, preparaciones naturales o herbales y/o suplementos dietéticos:			
Si es así, ¿qué condición se está tratando?				_____			
Fecha del último examen físico:				_____			
Nombre de la farmacia: _____ Teléfono _____				_____			

Información Médica

Por favor, marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque DK si no sabe la respuesta a la pregunta)		SÍ	NO	DK			SÍ	NO	DK	
¿Usas lentes de contacto?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas sustancias controladas (drogas)?		
Reemplazo de articulaciones. ¿Has tenido un reemplazo ortopédico total de alguna articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas tabaco (fumando, rapé, mascando, bidis)?		
Fecha: _____ Si es así, ¿has tenido alguna complicación?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué tan interesado/a estás en dejarlo? NO INTERESADO/A ALGO MUY		
¿Estás tomando o tienes programado comenzar a tomar alguno de los medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Bebes bebidas alcohólicas?		
Desde 2001, ¿fuieste tratado o tienes programado comenzar tratamiento con los bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el 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 consumiste en las últimas 24 horas? Si es así, ¿cuánto sueles beber en una semana? _____		
Fecha en que comenzó: _____					MUJERES SOLAMENTE: ¿Estás...?					
Alergias – ¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a?: <i>Si responde "sí", especifique el tipo de reacción.</i>					SÍ	NO	DK			
Medicamentos con sulfá					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metal		
Aspirina					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (hule/caucho)		
Penicilina u otros antibióticos					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo		
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno / Alergias		
Anestésicos local					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales		
Codeína u otros narcóticos					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro		
Por favor, marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.										
					SÍ	NO	DK			
Válvula cardíaca artificial (protésica)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune		
Endocarditis infecciosa previa					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide		
Válvulas dañadas en corazón trasplantado					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico		
Enfermedad cardíaca congénita (CHD)										
CHD cianótica no reparada					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma		
Reparada (completamente) en los últimos 6 meses					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis		
CHD reparada con defectos residuales					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema		
<i>Excepto por las condiciones mencionadas anteriormente, la profilaxis antibiótica ya no se recomienda para ninguna otra forma de CHD.</i>										
					SÍ	NO	DK			
Enfermedad cardiovascular					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis		
Angina					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico		
Arteriosclerosis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer / Quimioterapia / Tratamiento con radiación		
Insuficiencia cardíaca congestiva					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de senos paranasales		
Válvulas cardíacas dañadas					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II		
Ataque al corazón					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho al hacer esfuerzo		
Soplo cardíaco					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno alimenticio		
Presión arterial baja					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición		
Presión arterial alta					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal		
Otros defectos cardíacos congénitos					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo gastroesofágico / Acidez estomacal persistente		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras		
Prolapso de la válvula mitral					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides		
Marcapasos					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral		
Fiebre reumática					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma		
Enfermedad cardíaca reumática					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, Ictericia o enfermedad del hígado		
Sangrado anormal					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia		
Anemia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o convulsiones		
Transfusión de sangre					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos		
Si es sí, fecha: _____										
Hemofilia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es sí, especifique		
SIDA o infección por HIV					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno del sueño		
Artritis					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de salud mental		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores nocturnos		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glándulas inflamadas persistentes en el cuello		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza intensos / Migrañas		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de transmisión sexual		
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orinación excesiva		
¿Un médico o dentista anterior le ha recomendado tomar antibióticos antes de su tratamiento dental?										
Nombre del médico o dentista que hizo la recomendación								Teléfono		
¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esté mencionado anteriormente y que crea que debo saber?										
Por favor, explíquelo										

NOTA: Tanto el doctor como el paciente están alentados a discutir cualquier problema de salud relevante antes del tratamiento.

Certifico que he leído y entendido lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Comprendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su equipo confiarán en esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubo, sobre los puntos mencionados anteriormente han sido respondidas satisfactoriamente. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su equipo por cualquier acción que tomen o dejen de tomar debido a errores u omisiones que yo haya cometido al completar este formulario.

Firma del Paciente

Fecha

PARA SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

Comentarios
