

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*: *Incluya código del área* Teléfono de Oficina/Celular*: *Incluya código del área*

Apellido Nombre 2o 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:

Incluya código del área

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?

Su Nombre Parentesco (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) **Sí No NS**

Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:

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	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: <input type="text"/>			
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión? <input type="text"/>			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A diario/ Semanalmente/ Ocasionalmente				Fecha de su última radiografía dental <input type="text"/>			
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? <input type="text"/>							

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: <input type="text"/>				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema? <input type="text"/>			
Nombre <input type="text"/>							
Dirección <input type="text"/>							
Ciudad/Estado <input type="text"/>							
Código: <input type="text"/>							
Se encuentra usted sano/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? Si 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"/>
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>			
Si es así, qué condición le están tratando? <input type="text"/>				<input type="text"/>			
				<input type="text"/>			
				<input type="text"/>			
Fecha de su último examen médico: <input type="text"/>				<input type="text"/>			

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)

Usa lentes de contacto? **Sí** **No** **NS**

Está tomando o ha tomado algún fármaco dietético como el Pondimin (fenfloramina), Redux (dexfenfloramina) o fen-fen (combinación de fenfloramina-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: _____

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.

Anestésicos locales

Aspirina

Penicilina u otros antibióticos

Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir

Sulfas

Codeína u otros narcóticos

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?

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
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula Mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas artificiales en el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No	NS
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es así, fecha: _____

	Sí	No	NS
Cáncer/ Quimioterapia/ Radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de pecho por esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo G.E. /ardor persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayos o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sí	No	NS
Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, Especifique: _____			
Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique: _____			
Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de infección: _____			
Alteraciones renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<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"/>
Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orina en forma excesiva	<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: _____
