

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	2o Nombre	()	()
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección 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: <i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>				
Tuberculosis activa			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente de más de 3 semanas de duración			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis.....			<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?	<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.

<p>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS</p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS</p> <p>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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p>	<p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS</p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____ Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO PARA MUJERES Está usted: Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Número de semanas: _____ Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS Amamantando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS</p>
--	--

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

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

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

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? Sí No NS

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? Sí No NS
 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: _____

