

Formulario para la Historia de Salud

Email: 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: <i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>2o Nombre</i> | | Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> () | | Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> () | |
| Dirección: <i>Dirección postal</i> | | Ciudad: | | Estado: Código postal: | |
| Ocupación: | | Altura: | Peso: | Fecha de nacimiento: | Sexo: M F |
| SS# o ID del Paciente: | Contacto en Emergencias: | Parentesco: | Teléfono: <i>Incluya código del área</i> () | Teléfono celular: <i>Incluya código del área</i> () | |
| Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona? | | | | | |
| <i>Su Nombre</i> | | <i>Parentesco</i> | | | |
| Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: | | | <i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i> | | 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? | Sufre de dolor de oídos o del cuello? |
| Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?..... | Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? |
| Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?..... | Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?..... |
| Sufre de boca seca? | Tiene lesiones o úlceras en su boca? |
| Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?..... | Usa dentaduras (placas) completas o parciales? |
| Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?..... | Participa en actividades enérgicas de recreación? |
| Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?..... | Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?..... |
| Está fluorada el agua que llega a su casa? | Fecha de su último examen dental: |
| Bebe usted agua embotellada o filtrada? | Qué le hicieron en esa ocasión? |
| Si es así, con qué frecuencia? <i>Marque su respuesta con un círculo:</i> | Fecha de su última radiografía dental: |
| A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE | |
| Tiene dolor o molestias dentales en este momento?..... | |
| 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? | Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?..... |
| Médico: <i>Nombre</i> <i>Teléfono: Incluya código del área</i> () | Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema? |
| Dirección/Ciudad/Estado/Código: | Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?..... |
| Se encuentra usted sano/a? | 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?..... | _____ |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?..... | |
| Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, le interesaría dejar de hacerlo?..... | |
| Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA | |
| Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bebe bebidas alcohólicas?..... | |
| Fecha del comienzo del Tratamiento: _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____ | |
| Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción. | | Sí No NS | | Sí No NS | |
| Anestésicos locales _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Metales _____ | |
| Aspirina _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Látex (goma) _____ | |
| Penicilina u otros antibióticos _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo _____ | |
| Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Polen (fiebre del heno)/estacional _____ | |
| Sulfas _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Animales _____ | |
| Codeína u otros narcóticos _____ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alimentos _____ | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros _____ | |

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 | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Previa endocarditis infecciosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvulas dañadas en corazón transplantado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus eritematoso sistémico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca congénita (ECC) | | | Asma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ECC cianótica, sin reparar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ECC reparada con defectos residuales..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | Tuberculosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i> | | | | | |
| | | | Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sí No NS | Sí No NS | | Dolores de pecho por esfuerzo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardiovascular..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor crónico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes Tipo I o II..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arterioesclerosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos de alimentación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardíaca congestiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Malnutrición..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Daño en las válvulas cardíacas... .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad gastrointestinal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarto del miocardio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reflujo G.E./ardor persistente.. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo en el corazón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial baja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alteraciones de la tiroides..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Derrame cerebral..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros defectos congénitos del corazón..... | <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: *Incluya código del área* ()

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: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____
