

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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS	Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No NS
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? <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"/>	
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____		Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA	
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"/> <input type="checkbox"/>		Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
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"/> <input type="checkbox"/>		Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____	
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____		Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____	
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.	Sí No NS	SÓLO MUJERES Está usted:	Sí No NS
Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Número de semanas: _____	
Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Látex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Polen (fiebre del heno)/estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Otros _____ <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
Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)	Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____
ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique: _____
	Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____
	Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Reflujo G.E./ardor persistente <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"/>
	Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Derrame cerebral <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"/>

Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.

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: _____

Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

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:		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:	
<i>Dirrección postal</i>					
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>
Tuberculosis activa		Sí No NS
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?	□	□	□	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:				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre							
Teléfono: <i>Incluya código del área</i>							
()							
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				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:			
Se encuentra usted sano/a?	□	□	□				
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:							