

Formulario para la Historia de Salud

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:		(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		
Tuberculosis activa		SÍ	No	NS
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?.....	<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.

(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"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?	<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"/>	<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?			
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?			
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"/>	<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?			
						SÓLO PARA MUJERES Está usted:			
						Embarazada?			
						Número de semanas:			
						Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?			
						Amamantando?			

Alergias - Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a:			Sí	No	NS		Sí	No	NS
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.						Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/ estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos			<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
Válvula cardíaca artificial (prótesis)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune			<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"/>
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"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)						Asma			<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"/>
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"/>
ECC reparada con defectos residuales			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis			<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.						Tuberculosis			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón			<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"/>
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:						Epilepsia			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono:						Desmayos o ataques epilépticos			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explique por favor:						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"/>
						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:

.....

.....