

# 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: Apellido    Nombre    2o Nombre		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> (   )    (   )		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> (   )    (   )		
Dirrección: <i>Dirrección postal</i>		Ciudad:		Estado:    Código postal:		
Ocupación:		Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M   F   O	
SS# o ID del Paciente: Innecesario		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>			
<b>Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:</b>				<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 .....				□   □   □		
<b>Si su respuesta es SÍ a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>						

## 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:    Teléfono: <i>Incluya código del área</i> <i>Nombre</i> (   )    (   )	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?
Dirrección/Ciudad/Estado/Código:	
Se encuentra usted sano/a? .....	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? .....	Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:
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.

<b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>			
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"/>			
<b>Articulaciones Artificiales.</b> 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? _____						
<b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	<b>SÓLO MUJERES</b> Está usted:						
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"/>	<b>Sí</b>			
Codeína u otros narcóticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>No</b>			
				Yodo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>NS</b>			
				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"/>				
<b>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</b>											
		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>			
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"/>
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.											
	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
Enfermedad cardiovascular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección:.....			
Arterioesclerosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas... ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<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"/>
Soplo en el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha:.....				Pérdida de peso severa o rápida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina en forma excesiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Artritis.....	<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: 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_