

# 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:		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>Dirección 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>	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>NS</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 .....		<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.*

	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>NS</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>NS</i>
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? <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? .....	<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.*

	<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>NS</i>		<i>Sí</i>	<i>No</i>	<i>NS</i>
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:				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? .....	<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:			
Se encuentra usted sano/a? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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.

<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"/>	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"/>	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? <i>Marque con un círculo:</i> 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"/>	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"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____			Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____						
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____								<b>SÓLO MUJERES</b> Está usted:								
<b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:								Embarazada?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.					<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	Número de semanas: _____			Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amamantando?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Aspirina _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<b>Sí</b>			<b>No</b>	<b>NS</b>	
Penicilina u otros antibióticos _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sulfas _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Codeína u otros narcóticos _____					<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"/>			
<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"/>			
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.																
					<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"/>	Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Angina.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arterioesclerosis.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Insuficiencia cardíaca congestiva.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Daño en las válvulas cardíacas.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infarto del miocardio.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Soplo en el corazón.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presión arterial baja.....					<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 alta.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otros defectos congénitos del corazón.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Prolapso de la válvula mitral.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Marcapasos.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Glaucoma.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca reumática.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Epilepsia.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangramiento anormal.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Desmayos o ataques epilépticos.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Alteraciones neurológicas.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión sanguínea.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Si es así, especifique:.....					
Si es así, fecha: _____											Alteraciones del sueño.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Usted ronca?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección por VIH.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Alteraciones mentales.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis.....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Especifique:.....					
											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?.....										<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:.....										Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ( )						
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"/>				
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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_