

# 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   O
SS# o ID del Paciente: <b>Innecesario</b>	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> ) <b>SÍ No NS</b>		
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"/>		
<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.

<b>SÍ No NS</b>	<b>SÍ No NS</b>
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.

<b>SÍ No NS</b>	<b>SÍ No NS</b>
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> <i>Nombre</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? ..... <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.

<b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b>		<b>Sí No NS</b>	<b>Sí No 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"/> Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? .....		Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> <input type="checkbox"/>		Bebe bebidas alcohólicas? ..... <input type="checkbox"/> <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? _____	
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"/> Fecha del comienzo del Tratamiento: _____		<b>SÓLO MUJERES</b> Está usted: Embarazada? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número de semanas: _____ Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amamantando? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<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 No NS</b>	<b>Sí No NS</b>
Anestésicos locales ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfas ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Metales ..... <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"/>	
<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 No NS</b>		<b>Sí No NS</b>	
Válvula cardíaca artificial (prótesis) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Previa endocarditis infecciosa ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Válvulas dañadas en corazón transplantado ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca congénita (ECC) ECC cianótica, sin reparar ..... <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"/> ECC reparada con defectos residuales ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Enfermedad autoinmune ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bronquitis ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolores de pecho por esfuerzo ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor crónico ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I o II ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Malnutrición ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reflujo G.E./ardor persistente .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones de la tiroides ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame cerebral ..... <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.		Glaucoma ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos o ataques epilépticos ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones neurológicas ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si es así, especifique: _____ Alteraciones del sueño ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Usted ronca? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alteraciones mentales ..... <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"/>	
Enfermedad cardiovascular ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arterioesclerosis ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Daño en las válvulas cardíacas ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto del miocardio ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial baja ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión arterial alta ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros defectos congénitos del corazón ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Prolapso de la válvula mitral ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca reumática ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangramiento anormal ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión sanguínea ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si es así, fecha: _____ Hemofilia ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA o infección por VIH ..... <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? ..... <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: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_