

# Formulario para la Historia de Salud

Email: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, recibimos o 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 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 usara estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:	Teléfono de Casa:	Teléfono de Oficina/Celular:	
Apellido	Nombre ( )	( )	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal			
Ocupación:	Fecha de Nacimiento	Sexo: M F	Estado Civil:
SS# o ID del Paciente:	Contacto de Emergencias:	Parentesco:	Teléfono: ( )

Si usted está llenando este formulario para otra persona, que 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)		
	Si	No	NS
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"/>

## Información Dental

En las preguntas siguientes haga el favor de marcar sus respuestas con una (X) donde corresponda

	Si	No	NS		Si	No	NS
Le sangran las encillas cuando se cepilla o usa seda dental.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre De dolor de oídos o cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frio, calor, dulces o presión.....	<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"/>
Tiene algún ruido, salto, molestia en la mandíbula.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras completas o parciales...	<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"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados en los dientes....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades energéticas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sufrido alguna lesión grave en la boca o la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de último examen dental:			
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Que le hicieron en esa ocasión?			
Tiene dolor o molestia dentales en este momento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?				Fecha de su última radiografía:			

## Información Medica

Haga el favor de marcar sus respuestas con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Si	No	NS		Si	No	NS	
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medico:	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"/>
Medico:				Teléfono:				
<i>Nombre:</i>				( )				
Dirección/Ciudad/Estado/Código:					Si es así, cual fue la enfermedad o problema?			
Se encuentra usted sano/a?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si es así, que condición le están tratando?_____					Si es así, indique cuales son:			

Fecha de su último examen médico: \_\_\_\_\_

# Información Médica

Haga el favor de marcar sus respuestas 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)	Si	No	NS		Si	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"/>
<b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de alguna articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rape, masticado)?.....	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Si es así, cuanto alcohol bebió en las últimas 24 horas?			
				Si es así, cuanto 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?... Fecha de comienzo del Tratamiento:	Si	No	NS	<b>SOLO PARA MUJERES</b> Esta usted:	Si	No	NS
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Número de semanas:			
				Tomando píldoras anticonceptivas?.....	<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 usted alguna reacción – a:	Si	No	NS		Si	No	NS
En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
Barbitúricos, 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 alguna de estas enfermedades o problemas.**

	Si	No	NS		Si	No	NS		Si	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 reumatoide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso.....	<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.....	<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"/>	Enfisema.....	<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"/>	Alteraciones neurológicas... ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC reparada con defectos residuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ronca?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones recurrentes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteraciones renales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prolapso de la válvula mitral.....	<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"/>
Arterioesclerosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<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"/>	Enfermedad cardíaca.....	<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"/>	Sangramiento anormal.....	<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"/>	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"/>	Transfusión sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaquecas.....	<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"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis.....	<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"/>	SIDA/VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo G.E./Ardor persistente.....	<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"/>
Otros defectos congénitos del corazón.....	<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?.....  Si  No  NS

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debía saber.....  Si  No  NS

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 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 responsabilizare 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: \_\_\_\_\_