

HOJA DE HISTORIAL DE SALUD DENTAL

Fecha:

Nuestra oficina sigue pólizas y procedimientos por escrito para proteger la privacidad de su información personal. Sus respuestas son solo para nuestros archivos y serán mantenidas en forma confidencial sujetas a leyes aplicables. Por favor note que se le harán preguntas acerca de las respuestas que usted ofrezca a este cuestionario y que puede haber preguntas adicionales concerniente a su salud. Esta información es vital para ayudarnos a proveer el cuidado apropiado para usted. Nosotros no usamos esta información con fines discriminatorios.

Nombre del Paciente:		Historial de salud #:	
¿Si usted está llenando esta forma por otra persona, cuál es su relación con esa persona?			
Nombre:		Relación:	
Usted padece de alguno de los siguientes?	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>No Esta Seguro</u>
Tuberculosis Activa			
Tos persistente por más de tres semanas			
Tos acompañada de sangre			
¿Ha estado expuesta (o) a alguien con tuberculosis?			
Si usted respondió si a cualquiera de las preguntas anteriores por favor pare y entregue esta hoja en la ventanilla de enfrente			
Información Dental			
Fecha de último examen dental:		Fecha de su último examen de rayos X dental:	
¿Le ha recomendado su médico o su dentista tomar antibióticos antes de su examen dental? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si contesto si, escriba nombre y número de teléfono de su proveedor:			
Información Medica	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Si respondió si, por favor explique</u>
¿Ha cambiado su salud general durante el último año?			
¿Ha sufrido una enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado durante los últimos 5 años?			
¿Está usted bajo el cuidado de algún medico?			
¿Está usted embarazada?			# de semanas:
¿Está amamantando?			
¿Usted fuma o usa tabaco?			¿Tipo y que tan frecuentemente?
¿Estad usted interesada (o) en dejar de fumar?			
¿Toma usted bebidas alcohólicas?			¿Qué tan seguido?
¿Usa usted sustancias controladas (drogas)?			
El nombre de su Proveedor De Salud Primario (PCP) :			
Número de Teléfono de su PCP:		Fecha de su último examen físico:	
Sus medicamentos			<u>Si</u> <u>No</u>
¿Está usted tomando pastillas anticonceptivas o pastillas para reemplazo hormonal?			
Esta usted tomando medicamento para el adelgazamiento de la sangre como Aspirina, Heparina, Coumadin or Naproxen?			
Esta usted tomando o próxima a tomar alendronate (Fosamax) o risedronate (Actonel) para osteoporosis o enfermedad de Paget?			
¿Ha sido tratado (a) o está próximo (a) a empezar tratamiento con bifosfonatos intravenoso (Aredia o Zometa) para dolor de los huesos, hiper calcemia o complicaciones del esqueleto como resultado de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer con metástasis inicial?			
¿Está usted tomando o ha tomado recientemente alguna medicina recetada o comprada en la farmacia?			
Por favor de una lista de todos los medicamentos, incluyendo vitaminas, preparaciones con hierbas naturales o/y suplementos para la dieta:			
¿Es usted alérgico a cualquiera de lo siguiente?	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Tipo de reacción</u>
Anestesia Local o Epinephrine			
Aspirina, Ibuprofen or NSAIDs			
Penicilina u otro antibiótico			
Barbitúricos, sedantes opíldoras para dormir			
Antibióticos u otros medicamentos con azufre			
Codeína u otros narcóticos			
Metales			

Alergias, continua...	Si	No	Tipo de reacción	
Látex (hule)				
Yodo				
Fiebre Alta/Estacional				
Animales				
Alimentos				
Otros				
¿Ha tenido usted alguno de los siguientes?	Si	No	Si	No
¿Reemplazo ortopédico total de articulaciones?			Enfisema	
<i>¿Ha tenido alguna complicación?</i>			Problema de sinusitis	
Válvula artificial en el Corazón (prostética)			Tuberculosis	
Endocarditis infecciosa previa			Cáncer	
Válvulas del corazón dañadas durante trasplante			<i>Tratamiento de quimioterapia</i>	
Enfermedad congénita del corazón (CHD)			<i>Tratamiento de radiación</i>	
<i>No reparado, cianótico</i>			Dolor en el pecho causado por esfuerzo	
<i>Reparadas en los últimos seis meses</i>			Dolor crónico	
<i>Reparadas con defectos residuales</i>			Diabetes tipo I o II	
Enfermedad cardiovascular			Desorden alimenticio	
Angina			Malnutrición	
Arterioesclerosis			Enfermedad Gastrointestinal	
Fallo congestivo cardiaco			Reflujo Gastrointestinal y del esófago/ persistente	
Daño a las válvulas del corazón			Úlceras	
Ataque al corazón			Problema de la tiroides	
Murmullo del corazón			Derrame cerebral	
Baja presión de la sangre			Glaucoma	
Alta presión de la sangre			Hepatitis, ictericia, enfermedad del hígado	
Otros defectos congénitos del corazón			Epilepsia	
Prolapso de la válvula mitral			Desmayos o ataques	
Marca-pasos			Desórdenes neurológicos	
Fiebre reumática			<i>Tipo:</i>	
Enfermedad reumática del corazón			Desórdenes del sueño	
Sangrado anormal			Desórdenes de salud mental	
Anemia			<i>Especifique:</i>	
Transfusión de sangre (fecha:)			Infecciones recurrentes	
Hemofilia			<i>Tipo:</i>	
SIDA o infección con HIV			Problemas del riñón	
Artritis			Osteoporosis	
Enfermedad autoinmune			Hinchazón persistente de las glándulas del cuello	
Artritis reumatoide			Dolores de cabeza severos/migrañas	
Lupus sistémico eritematoso			Perdida rápida de peso o severa	
Asma			Enfermedades venéreas	
Bronquitis				
¿Tiene usted alguna otra enfermedad, condición o problema no enlistada arriba y que usted piensa que nosotros deberíamos saber?				

Se invita al doctor y al paciente a discutir cualquier o todo problema relevante a la salud del paciente antes de empezar tratamiento. Certifico que he leído y entendido este formulario y que la información que he proveído es correcta. Entiendo la importancia de un historial de salud verídico y que mi dentista y su personal dependerán de esta información para mi tratamiento. Reconozco que mis preguntas, si hubo algunas, acerca de la información presentada arriba han sido respondidas a mi satisfacción

total. No hago responsable a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por cualquier acción que hayan tomado o dejado de tomar debido a errores u omisiones en este formulario.

Firma del Paciente, o Representante Legal: _____ Fecha: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____