Formulario para la Historia de Salud

MIGUEL FERRER DDS PA
6462 Lake Worth Rd
Lake Worth , FL 33463
561-641-8985

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 informacion 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: *Incluya código del área* ( ) Teléfono de Oficina/Celular: *Incluya código del área* ( )

Dirreción: *Dirreción postal* Ciudad: Estado: Código postal:

Ocupación: Altura: Peso: Fecha de nacimiento: Sexo: M F

SS# o ID del Paciente: Contacto en Emergencias: Parentesco: Teléfono: *Incluya código del área* ( ) Teléfono celular: *Incluya código del área* ( )

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué 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)*	**Sí**	**No**	**NS**
Tuberculosis activa	☐	☐	☐
Tos persistente de más de 3 semanas de duración	☐	☐	☐
Tos que produce sangre	☐	☐	☐
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis	☐	☐	☐

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.*

	Sí	**No**	**NS**
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	☐	☐	☐
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	☐	☐	☐
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	☐	☐	☐
Sufre de boca seca?	☐	☐	☐
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	☐	☐	☐
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	☐	☐	☐
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	☐	☐	☐
Está fluorada el agua que llega a su casa?	☐	☐	☐
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	☐	☐	☐

Si es así, con qué frecuencia? *Marque su respuesta con un círculo:*
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE

	Sí	**No**	**NS**
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	☐	☐	☐
Sufre de dolor de oídos o del cuello?	☐	☐	☐
Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	☐	☐	☐
Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	☐	☐	☐
Tiene lesiones o úlceras en su boca?	☐	☐	☐
Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	☐	☐	☐
Participa en actividades enérgicas de recreación?	☐	☐	☐
Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐	☐	☐

Fecha de su último examen dental:

Qué le hicieron en esa ocasión?

Fecha de su última radiografía dental:

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**
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	☐

Médico: *Nombre* Teléfono: *Incluya código del área* ( )

Dirección/Ciudad/Estado/Código:

	Sí	**No**	**NS**
Se encuentra usted sano/a?	☐	☐	☐
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	☐	☐	☐

Si es así, qué condición le están tratando?

Fecha de su último examen médico:

	Sí	**No**	**NS**
Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	☐	☐	☐

Si es así, cuál fue la enfermad o el problema?

	Sí	**No**	**NS**
Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	☐	☐	☐

Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:

© 2012 American Dental Association

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.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)

	Sí	No	NS
Usa lentes de contacto?	☐	☐	☐
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?	☐	☐	☐
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____			
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?	☐	☐	☐
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 del comienzo del Tratamiento: _____			

	Sí	No	NS
Usa sustancias reguladas (drogas)?	☐	☐	☐
Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	☐	☐	☐
Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? *Marque con un círculo:* MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA			
Bebe bebidas alcohólicas?	☐	☐	☐
Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____			
Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____			
SÓLO MUJERES Está usted:			
Embarazada?	☐	☐	☐
Número de semanas: _____			
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?	☐	☐	☐
Amamantando?	☐	☐	☐

Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:
En todas las respuestas **afirmativas**, especifique el tipo de reacción.

	Sí	No	NS
Anestésicos locales _____	☐	☐	☐
Aspirina _____	☐	☐	☐
Penicilina u otros antibióticos _____	☐	☐	☐
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____	☐	☐	☐
Sulfas _____	☐	☐	☐
Codeína u otros narcóticos _____	☐	☐	☐
Metales _____	☐	☐	☐
Látex (goma) _____	☐	☐	☐
Yodo _____	☐	☐	☐
Polen (fiebre del heno)/estacional _____	☐	☐	☐
Animales _____	☐	☐	☐
Alimentos _____	☐	☐	☐
Otros _____	☐	☐	☐

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)	☐	☐	☐
Previa endocarditis infecciosa	☐	☐	☐
Válvulas dañadas en corazón transplantado	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)			
ECC cianótica, sin reparar	☐	☐	☐
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)	☐	☐	☐
ECC reparada con defectos residuales	☐	☐	☐

Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.

	Sí	No	NS
Enfermedad cardiovascular	☐	☐	☐
Angina	☐	☐	☐
Arterioesclerosis	☐	☐	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐	☐	☐
Daño en las válvulas cardíacas	☐	☐	☐
Infarto del miocardio	☐	☐	☐
Soplo en el corazón	☐	☐	☐
Presión arterial baja	☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	☐
Otros defectos congénitos del corazón	☐	☐	☐
Prolapso de la válvula mitral	☐	☐	☐
Marcapasos	☐	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca reumática	☐	☐	☐
Sangramiento anormal	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐
Transfusión sanguínea	☐	☐	☐
Si es así, fecha: _____			
Hemofilia	☐	☐	☐
SIDA o infección por VIH	☐	☐	☐
Artritis	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Enfermedad autoinmune	☐	☐	☐
Artritis reumatoidea	☐	☐	☐
Lupus eritematoso sistémico	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐
Bronquitis	☐	☐	☐
Enfisema	☐	☐	☐
Sinusitis	☐	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐	☐
Cáncer/Quimoterapia/ Radioterapia	☐	☐	☐
Dolores de pecho por esfuerzo	☐	☐	☐
Dolor crónico	☐	☐	☐
Diabetes Tipo I o II	☐	☐	☐
Trastornos de alimentación	☐	☐	☐
Malnutrición	☐	☐	☐
Enfermedad gastrointestinal	☐	☐	☐
Reflujo G.E./ardor persistente	☐	☐	☐
Úlceras	☐	☐	☐
Alteraciones de la tiroides	☐	☐	☐
Derrame cerebral	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Glaucoma	☐	☐	☐
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	☐	☐	☐
Epilepsia	☐	☐	☐
Desmayos o ataques epilépticos	☐	☐	☐
Alteraciones neurológicas	☐	☐	☐
Si es así, especifique: _____			
Alteraciones del sueño	☐	☐	☐
Usted ronca?	☐	☐	☐
Alteraciones mentales	☐	☐	☐
Especifique: _____			
Infecciones recurrentes	☐	☐	☐
Tipo de infección: _____			
Alteraciones renales	☐	☐	☐
Sudor nocturno	☐	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐	☐
Inflamación persistente de los ganglios del cuello	☐	☐	☐
Cefaleas graves/jaquecas	☐	☐	☐
Pérdida de peso severa o rápida	☐	☐	☐
Enfermedades venéreas	☐	☐	☐
Orina en forma excesiva	☐	☐	☐

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: