

# Formulario para la Historia de Salud

**ADA** American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

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>	
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>2o Nombre</i>	( )	( )	( )
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>	
<b>Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:</b>		<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>
Tuberculosis activa.....		<b>Sí No NS</b> <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>	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?	
<i>Nombre</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"/>
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>		Sí	No	NS			Sí	No	NS	
Usa lentes de contacto? .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)? .....		
<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"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? .....		
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? .....					<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? .....		
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"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? .....		
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? .....		
<b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:					<b>SÓLO MUJERES</b> Está usted:					
En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada? .....		
Anestésicos locales .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de semanas: .....		
Aspirina .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? .....		
Penicilina u otros antibióticos .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amamantando? .....		
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales .....		
Sulfas .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma) .....		
Codeína u otros narcóticos .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo .....		
<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>					
Válvula cardíaca artificial (prótesis) .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune .....		
Previa endocarditis infecciosa .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea .....		
Válvulas dañadas en corazón transplantado .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico .....		
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					<b>SÍ No NS</b>					
ECC cianótica, sin reparar .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma .....		
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis .....		
ECC reparada con defectos residuales .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema .....		
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>					<b>SÍ No NS</b>					
Enfermedad cardiovascular .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis .....		
Angina .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis .....		
Arterioesclerosis .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia .....		
Insuficiencia cardíaca congestiva .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo .....		
Daño en las válvulas cardíacas .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico .....		
Infarto del miocardio .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II .....		
Soplo en el corazón .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación .....		
Presión arterial baja .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición .....		
Presión arterial alta .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal .....		
Otros defectos congénitos del corazón .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente .....		
Prolapso de la válvula mitral .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras .....		
Marcapasos .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides .....		
Fiebre reumática .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral .....		
Enfermedad cardíaca reumática .....					<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? .....		
Sangramiento anormal .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: .....		
Anemia .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ( )		
Transfusión sanguínea .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? .....		
Si es así, fecha: _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Explique por favor: .....		
Hemofilia .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.</b>		
SIDA o infección por VIH .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.		
Artritis .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma del Paciente/Apoderado: .....		
Firma del proveedor: .....					Fecha: .....					
<b>A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A</b>					Fecha: .....					
Comentarios: .....										

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_