

# Formulario de Historial de Salud

<b>Nombre:</b>	
<b>Dirección:</b>	
<b>Teléfono de casa:</b>	<b>Teléfono celular:</b>
<b>Número de seguro dental:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Por quien fue referido?</b>	

<b>Contacto en caso de emergencia</b>	<b>Número de telefono:</b>
---------------------------------------	----------------------------

**Tiene usted alguna de las siguientes enfermedades o problemas:**

Tuberculosis activa	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Tos que causa sangrado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Tos persistente que haya durado por más de 3 semanas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ha estado expuesto a alguien con Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

***Si usted contestó Si a alguna de las preguntas anteriores, DETENGASE y regrese el formulario a la recepción***

## Información Dental En las siguientes preguntas por favor marque con una (X) sus repuestas

<p>¿Sus encías sangran cuando se cepilla o pasa el hilo dental? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Sus dientes son sensible al frio, caliente, dulces, o presión <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Siente su boca seca? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (encías)? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Ha tenido algún tratamiento de ortodoncia (frenos)? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales anteriormente? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Actualmente está experimentando dolor o incomodidad dental? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p>	<p>¿Tiene dolor en los oído <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>o en el cuello? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Tiene crujidos, trueno o dolor en la mandíbula? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Le rechinan sus dientes? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Tiene llagas o úlceras en su boca? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Usted usa dentadura or parciales? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Participa en actividades recreativas? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p> <p>¿Alguna vez ha tenido una lesion en la cabeza o boca? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No</p>
--	---

¿Cual es la razón de su visita hoy? \_\_\_\_\_

¿Como usted se siente de su sonrisa? \_\_\_\_\_

## Información Médica Por favor marque con una (X) sus respuestas para indicar si usted tiene o no ha tenido las siguientes enfermedades o problemas.

<p>¿Está usted bajo cuidado médico? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Nombre del Médico: _____ # de teléfono: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad _____</p> <p>Estado _____</p> <p>Código Postal _____</p>	<p><b>Reemplazo en Coyunturas:</b> Ha tenido un reemplazo total de articulación Ortopedica (cadera, rodilla, codo, dedo)? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Fecha: _____ Si es asi, tuvo complicaciones? _____</p>
---	---

<p>Ha tenido alguna enfermedad seria, operación o ha estado Hospitalizado en los últimos 5 años? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Si es así, ¿que enfermedad o problema? _____</p> <p>Actualmente está tomando algún medicamento recetado o algún medicamento sin receta médica <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Si es asi, anote, todas las vitaminas incluyendo preparaciones herbales, naturales o suplementos dietéticos.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1. Usa sustancias controladas (drogas) <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>2. Usa/ mastica tabaco, o en polvo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Si es asi, ¿Cuanto al día? _____</p> <p>Si es así, ¿Que tan interesado está en dejar de hacerlo? <i>Circule uno/ muy/ un poco/ no interesado.</i></p> <p>3. Toma bebidas alcohólicas? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</p> <p>Si es así, típicamente cuánto bebe a la semana?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

**Información Médica: Favor de marcar con una (X) sus respuestas si usted tiene o no tiene algunas de las siguientes enfermedades o problemas.**

**SOLO MUJERES, está usted::**

¿Embarazada? ○Si ○No  
 ¿Semanas de embarazo?: \_\_\_\_\_  
 ¿Está tomando pastillas anticonceptivas, o reemplazo de hormonas? ○Si ○No  
 ¿Amamantando? ○Si ○No

**Alergias.** Es alérgico o ha tenido alguna reacción alérgica a:

Si su respuesta es sí a algo, especificar el tipo de reacción.

Anestesia Local	○Si ○No	Metales	○Si ○No
Aspirina	○Si ○No	Latex (gomas)	○Si ○No
Penicilina I Antibióticos	○Si ○No	Yodo	○Si ○No
Barbitú, sedantes, o pastillas para dormir	○Si ○No	Otro	○Si ○No
Drogas Sulfamidica	○Si ○No	Otro, favor de explicar _____	
Codeína u otros narcóticos	○Si ○No	_____	

**¿Tiene alguna de las siguientes?**

Sangrado anormal	○Si ○No	Hepatitis, Ictericia, enfermedad del hígado	○Si ○No
SIDA o Infección de VIH	○Si ○No	Presión arterial alta	○Si ○No
Anemia	○Si ○No	Problemas de riñón	○Si ○No
Angina	○Si ○No	Presión arterial baja	○Si ○No
Arteriosclerosis	○Si ○No	Desorden de salud mental	○Si ○No
Artritis	○Si ○No	Especifique _____	
Válvula de corazón artificial ( prótesis)	○Si ○No	Prolapso de la válvula mitral	○Si ○No
Asma	○Si ○No	Desorden neurológico	○Si ○No
Enfermedad Auto inmune	○Si ○No	Si es así, especifique: _____	
Transfusión de Sangre	○Si ○No	Osteoporosis	○Si ○No
Si es si, en que fecha _____		Otros defectos congénitas del corazon	○Si ○No
Bronquitis	○Si ○No	Marcapasos	○Si ○No
Cáncer/Quimioterapia/Radiación	○Si ○No	Endocarditis infecciosa previa	○Si ○No
Enfermedades cardiovasculares	○Si ○No	Fiebre reumática	○Si ○No
Enfermedades del corazón congénitas	○Si ○No	Enfermedad reumática del corazón	○Si ○No
Fallo del corazón congénita	○Si ○No	Alergias de temporada	○Si ○No
Valvula del Corazon dañada	○Si ○No	Dolores de cabeza/ migraña severa	○Si ○No
Diabetes tipo I o II	○Si ○No	Pérdida de peso rápida o severa	○Si ○No
Desorden Alimenticio	○Si ○No	Enfermedades de transmission sexual	○Si ○No
Enfisema	○Si ○No	Problemas de Sinusitis	○Si ○No
Epilepcia	○Si ○No	Desorden para dormir	○Si ○No
Desmayos o convulsiones	○Si ○No	Derrame Cerebral	○Si ○No
Reflujo gastrointestinal/ acidez persistente	○Si ○No	Lupus	○Si ○No
Enfermedades gastrointestinales	○Si ○No	Problemas del tiroides	○Si ○No
Glaucoma	○Si ○No	Tuberculosis	○Si ○No
Paro Cardiaco	○Si ○No	Úlceras	○Si ○No
Hemofilia	○Si ○No		

Tiene alguna otra enfermedad, condición o problema que no esté mencionada que usted cree que deba saber? Si es asi, favor de explicar \_\_\_\_\_

**Nota: Se le recomienda al Doctor y Paciente hablar sobre todo lo relevante a problemas de salud antes de dar tratamiento.**

Yo certifico que he leído y entiendo lo que se indica anteriormente y que la información dada en este formulario es correcta.

**Firma del paciente/Tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dentist Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Comentarios**

**SOLO PARA USO DEL DENTISTA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Información del Tutor Legal

*Es importante que obtengamos la información más corriente y precisa.*

Nombre del Paciente:

Apellido

Nombre

Es usted su propio Tutor Legal?

Sí

No

Si no, quien es su Tutor Legal?

Apellido

Nombre

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono donde podemos contactar a su Tutor Legal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

*Si usted es el Tutor Legal de el paciente debe estar siempre presente en la oficina por las siguientes razones:*

- Durante, antes y después de el tratatmiento dental.
- Para actualizar el **Historial Médico** y las formas de **Consentimiento Informado**.
- **Emergencias Médicas** que puedan surgir durante el tratamiento dental.

Tutor Legal o firma de el Paciente llenando este documento

Fecha

## Spanish Ebola Questionnaire

Por favor de contestar las siguientes preguntas

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Ha viajado fuera del país en los últimos seis meses?

Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_