

Información del Paciente Confidencial

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estas preguntas son para sus beneficios y aseguran que el tratamiento tendrá en cuenta su estado de salud pasado y presente. Algunas preguntas pueden parecer ajenas a su preocupación dental, pero están todos asociados con el cuidado de la salud bucal. Por favor, responda a cada pregunta y marque SI o NO, según corresponda.

HISTORIAL MEDICO

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | No |
| 1. ¿Está en buen estado de Salud?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Si es así, ¿Cuál es la enfermedad que padece? _____ | | |
| b. Nombre del médico/ teléfono/ dirección _____ | | |
| 3. ¿Alguna vez ha tenido enfermedad u operación grave?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Si es así, ¿cuál es la enfermedad u operación? _____ | | |
| 4. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Si es así, ¿Cuál fue el problema? _____ | | |
| 5. ¿Está tomando algún medicamento? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No o ¿cualquier droga recreativa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Si es así, ¿Qué medicamentos/ dosificación? _____ | | |
| 6. ¿Es usted sensible o alérgico a alguna droga? <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Sulfamidas <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Por favor enumere cualquier otro; _____ | | |
| 7. ¿Tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes?: | | |
| Si No Si No Si No Si No Sí No | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suplente de coyuntura <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prob de hígado | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alergias o Urticarias <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas/ataques de corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinusitis | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cortisona <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis o Ictericia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prob de sangre | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adición (drogas) | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis (T.B.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Complejos de S.I.D.A. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia (i.e. Cáncer) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prob de Riñón | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos Cardíaco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en Mandíbula <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes Labial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> S.I.D.A. | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos Nerviosos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema Respiratorio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Moretea con facilidad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno Mental <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina de Pecho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Head Injuries <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problema Psiquiátrico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lesiones Congénitas Cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis Artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coyuntura Prostética | | |
| | Yes | No |
| 8. ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionadas aquí que crees que debemos saber acerca de?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Si es así, ¿Cuál problema? _____ | | |
| 9. ¿Usted Fuma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Si es así, ¿Cuánto por día? _____ | | |
| 10. ¿Está usted actualmente tomando, o ha tomado la droga Phen-Phen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Está usted o alguna vez ha tomado medicamentos con bisfosfonatos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. (Mujeres) ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. (Mujeres) ¿Tiene algún problema asociado con su periodo menstrual? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. (Mujeres) ¿Toma usted pastillas anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HISTORIAL DENTAL

1. ¿Alguna vez has tenido un anestésico local (novocaína, etc.)?
2. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción desfavorable de un anestésico local?
3. ¿Ha tenido problemas serios asociados con cualquier tratamiento dental anterior?
4. ¿Cuánto hace que le tomaron radiografías por última vez? _____
5. ¿Cuánto hace desde su último tratamiento dental? _____
6. ¿Es cualquier problema dental actual el resultado de un accidente? YES NO ¿Cuándo? _____
7. ¿El tratamiento dental lo pone nervioso(s)? NO Ligeramente Moderadamente Extremadamente

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud o si mis medicamentos cambian, yo, sin falta, informar al médico de mi próxima cita.

Patient Signature: _____ Date: _____ DDS Signature: _____

Year 2 change in health: _____ None

Patient Signature: _____ Date: _____ DDS Signature: _____

Year 3 change in health: _____ None

Patient Signature: _____ Date: _____ DDS Signature: _____

Blood Pressure: _____ DDS Notes: _____

Date: _____