

Imprint patient information here:



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Encierre en un círculo Historia Médica

SOLAMENTE PARA USO DE LA CLÍNICA

1. ¿Tiene o ha tenido algunas de las siguientes cosas?(encierre en un círculo todos los que apliquen)

- | | | |
|----|----|---|
| Si | No | a. Reacción alérgica a ciertos medicamentos o látex |
| | | <i>Látex Penicilina Aspirina Codeína Anestesia local otro</i> |
| Si | No | b. ataque cardíaco o enfermedad del corazón |
| Si | No | c. ataque de apoplejía o derrame cerebral |
| Si | No | d. presión alta |
| Si | No | e. insuficiencia cardíaca |
| Si | No | f. angina de pecho (dolores de pecho) |
| Si | No | g. latido del corazón irregular |
| Si | No | h. válvula de corazón artificial |
| Si | No | i. fiebre reumática, enfermedad del corazón reumática, |
| Si | No | j. endocarditis bacterial |
| Si | No | k. enfermedad congénita del corazón |
| Si | No | l. murmullos de corazón o prolapso de válvula mitral |
| Si | No | m. inmunosupresiva (Escoja todas las cosas que apliquen) |
| | | <i>Terapia de esteroides Terapia de Radiación quimioterapia SLE (Lupus)</i>
<i>Artritis Reumatoidea VIH (SIDA) Transplante de órgano</i>
<i>Extracción del bazo Otro</i> |
| Si | No | m. articulación artificial (Escoja todo lo que aplique) |
| | | <i>cadera rodilla tobillo hombro otro</i> |

Fecha en que fue colocado:

- | | | |
|----|----|---|
| Si | No | n. otros implantes o aparatos artificiales |
| Si | No | o. problema de sangrado, anemia, otras enfermedades de sangre |
| Si | No | p. diabetes |
| Si | No | q. enfermedad de la tiroides |
| Si | No | r. enfermedad del sistema nervioso o ataque epiléptico |
| Si | No | s. enfermedad de estómago o intestino |
| Si | No | t. enfermedad del riñón |
| Si | No | u. hepatitis (A, B, C o D) |
| Si | No | v. otra enfermedad del hígado |
| Si | No | w. artritis(osteo o reumatoide) |
| Si | No | x. otra enfermedad muscular, o de articulación |
| Si | No | y. asma |
| Si | No | z. tuberculosis |
| Si | No | aa. otra enfermedad pulmonar |
| Si | No | bb. condición de salud mental - especifique: _____ |
| Si | No | z. ¿Algún problema físico o mental que requiera cuidado especial? |
| Si | No | aa. ¿Está siendo o ha sido tratado por cáncer? |
| Si | No | bb. Está o podría estar embarazada? |
| Si | No | cc. ¿Está amamantando? |

- Si No 2. ¿Sufre usted de alguna enfermedad, condición, o problema que no esté en este cuestionario?
Describa:
- Si No 3 ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o ha tenido cirugías?
Describa:
- Si No 4. ¿Tiene síntomas que no hayan sido diagnosticados?
Describa:
- Si No 5. ¿Tiene o ha tenido alguna vez adicción a alguna sustancia química? (Ejemplos: alcohol, drogas de prescripción, heroína, metanfetamina, cocaína, otro)
- Si No 6. ¿Fuma o usa alguna forma de tabaco?
- Si No 7. ¿Ha usado formas de tabaco en el pasado?
- Si No 8. ¿Toma regularmente hierbas medicinales o complementos dietéticos?
Específicamente usted toma (escoja todas las opciones que apliquen):
Echinacea ajo jengibre kava valeriana Santa Maria ginkgo
ginseng Hierba de San Juan (hypericum) vitamina E Feverfew otro
- Si No 9. ¿Está o ha estado en terapia para osteoporosis?
(Ejemplos: fosamax, Actonel, Boniva en forma de pastilla)
- Si No 10. ¿Está o ha estado en terapia para reducir altos niveles de calcio en la sangre (terapia de bisphosphonate)? (ejemplos: Aredia intravenoso, Zometa)

Lista de su médicos (por favor incluya su(s) médicos o especialistas que visite cada año)

Nombre dirección ciudad número de teléfono especialidad

Historia Dental

Molestia Principal: (¿Cuál es la razón por la que usted requiere asistencia dental?)

- Si No 1. ¿Se hace exámenes dentales regularmente?
2. Fecha del último examen dental: _____
- Si No 3. ¿Ha tenido algún problema asociado con tratamientos dentales en el pasado?
Si ha tenido algún problema por favor explique: _____
- Si No 4. ¿Ha notado algún bulto o alguna úlcera en su boca?
- Si No 5. ¿Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes?
- Si No 6. ¿Ha sufrido alguna herida en la cara, quijada, o dientes?
- Si No 7. ¿Sufre de dolores de boca, cara, ojos, cuello o garganta?
- Si No 8. ¿Está usted descontento con la apariencia de sus dientes?
- Si No 9. ¿Ha sido el miedo una de las razones por la que usted no ha buscado tratamiento dental en el pasado?
- Si No 10. ¿Es usted alérgico a algún metal o material dental?
11. Indique los tipos de tratamientos dentales que usted haya tenido:

ortodoncia (frenos) dentadura postiza endodoncia implantes
cirugía oral tratamiento de encía tratamiento de TMJ amalgama/empaste
coronas puentes carillas blanqueamiento otro