

Historia Medica

Numero del Paciente: _____ FDN: _____

Como requerido por la ley, nuestra oficina adhiere a una poliza escrita y procedimientos para proteger la privacidad de informacion sobre usted que creamos, recibimos, o mantenemos. Porfavor tome en cuenta que se le haran preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y pueden aver preguntas adicionales que concierna su salud. Esta oficina no usa la informacion para discriminar.

Usted tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

1. Tuberculosis activa SI o NO
2. Tos persistente por mas de tres semanas SI o NO
3. Tos que produce sangre SI o NO
4. Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis SI o NO

Informacion Medica:

Esta bajo el cuidado de un medico? SI o NO Fecha de ultimo examen medico _____

Nombre de medico: _____ Telefono de su medico _____

Se encuentra en buena salud? SI o NO Habido algun cambio en su salud general durante el año pasado? SI o NO

Si contesto si, cual es la condicion que se esta tratando? _____

Ha tenido alguna enfermedad grave, operacion, o ha estado hospitalizado en los ultimos 5 años? SI o NO

Si contesto si, cual fue la enfermedad o el problema? _____

Esta usted tomando algun nuevo medicamento o ha tomado recientemente algun medicamento recetado o sin receta? SI o NO Si esta tomando medicamentos, por favor anote todos los medicamentos (incluyendo vitaminas, preparaciones y suplementos de dieta natural o herbals): _____

Solo Para Mujeres:

Usted esta embarazada? SI o NO Cuantas semanas tiene de embarazo _____

Esta tomando pastillas anticonceptivas o remplazo hormonal? SI o NO Esta lactando? SI o NO

Remplazo de una articulacion/coyuntura: SI o NO

Se le ha reemplazado una articulacion/coyuntura de la cadera, codo, rodilla, o dedo? SI o NO Fecha _____

Si contesto si, ha tenido alguna complicacion? _____

Otro :

Esta tomando o esta programado para comenzar a tomar cualquiera de estos medicamentos para el osteoporosis o la enfermedad de Paget's: alendronato(Fosamax) o risedronato (Actonel)? SI o NO Cual? _____

Desde el 2001 fue tratado o está programado para comenzar el tratamiento con bifosfonatos intravenosos para la hipercalcemia o complicaciones con los huesos debido a la enfermedad Paget's, mieloma múltiple o cáncer metastasico? SI o NO Fecha en que empezó tratamiento? _____

Usted fuma o ingiere marihuana? SI o NO

Usted usa drogas recreativas? SI o NO

Usted usa medicamentos recetados para el dolor ? SI o NO

Cuantas bebidas alcohólicas toma usted a la semana ? _____

Alergias: Es usted alérgico o a tenido una reacción alérgica a los siguientes: SI o NO

Anestesia Local (anestésico) _____ Aspirina _____ Penicilina o otros antibióticos _____

Medicamentos con sulfá _____ Codeína _____ Barbitúricos sedantes o pastillas para dormir _____

Metal _____ Látex _____ Medicamentos para alergias _____ Yodo _____ Animales _____ Comida _____ Otro _____

Ha tenido alguno de estas enfermedades o problemas médicos?

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Válvula cardiaca artificial___ | Endocarditis Infecciosa___ | Válvulas Dañadas un corazón trasplantado___ |
| Enfermedad del corazón congestional___ | Enfermedad Cardiovascular___ | Angina___ |
| Insuficiencia cardiaca congestiva___ | Daño en las Válvulas Cardiacas ___ | Ataque al Corazón___ |
| Soplo cardiaco___ | Presión Arterial baja___ | Presión Arterial Alta___ |
| Prolapso de la válvula mitral___ | Otra Enfermedad Cardiaca Congénita___ | Anemia___ |
| Fiebre reumática___ | Artritis Reumatoide___ | Infección del Sida/VIH___ |
| Sangrado Anormal___ | Bronquitis___ | Hepatitis o Enfermedad del Hígado___ |
| Enfermedad Auto-Inmune___ | Epilepsia___ | Enfisema___ |
| Asma___ | Desmayos/Ataques___ | Trastorno Del Sueño___ |
| Problemas de Sinusitis___ | Trastorno de Alimentación___ | Problemas Renales___ |
| Trastorno neurológico___ | Reflujo Gastrointestinal___ | Osteoporosis___ |
| Diabetes Tipo 1 o 2___ | Problemas de Tiroides___ | Pirosis Persistente___ |
| Enfermedad Gastrointestinal___ | Derrame Cerebral___ | Glándulas Hinchadas Persistentes en el cuello___ |
| Ulceras___ | Orinar excesivamente___ | Pérdida de peso severa/rápida___ |
| Sudores nocturnos/ bochornos___ | Enfermedad de transmisión sexual___ | Dolores de Cabeza severos/ Migraña___ |
| Glaucoma___ | Colesterol Alto___ | Infecciones recientes___ |
| Trastorno de Salud Mental_____ Especifique: | | Cáncer, Quimioterapia/tratamientos de Radiación___ |
| Algún otro problema que no está en la lista | | |

Algún médico o dentista le ha recomendado que tome antibióticos antes de su cita dental? _____

Información Dental:

Cuál es la razón de su visita hoy: _____

Nombre de su dentista anterior: _____ Número de Teléfono _____

Fecha de su último examen dental: _____

Fecha de las últimas radiografías de toda la boca: _____

Ha tenido la terapia periodontal (limpieza profunda)? SI NO NO SE

Sus dientes tienen sensibilidad a lo caliente, frio, o presión? SI NO NO SE

Usted aprieta o rechina sus dientes? SI NO NO SE

Ha tenido problemas con la anestesia local (medicina que entumece)? SI NO NO SE

Nota: El doctor y el paciente pueden hablar sobre cualquier problema de salud que sea pertinente antes del tratamiento.

Yo certifico que he leído y entiendo lo anterior y que los datos anteriores en este formulario son exactos. Yo entiendo la importancia de una historial de salud veraz. Mi dentista y su personal puedan confiar en esta información para poder proseguir con el tratamiento. Si hubiera preguntas acerca de la información en este formulario, reconozco que mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. No voy a culpar a mi dentista o cualquier miembro del personal por una acción o por no hacer la acción, debido a errores u omisiones que yo pueda haber cometido en la realización de este formulario.

Firma del Paciente/Tutor Legal _____ Fecha _____

Firma del Dentista _____ Fecha _____

Comentarios del Dentista _____