

# 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: <i>Apellido</i> <i>Nombre</i> <i>2o Nombre</i>	Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> (   )	Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> (   )
Dirrección: <i>Dirrección postal</i>	Ciudad:	Estado:                      Código postal:
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>	<b>Sí No NS</b>
Tuberculosis activa .....		<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"/>

**Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.**

## Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí No NS		Sí No NS
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> A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE		Fecha de su última radiografía dental:	
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.*

	Sí No NS		Sí No NS
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> <i>Nombre</i> (   )		Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?	
Dirrección/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.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS			Sí	No	NS					
Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<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)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____					Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
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: _____					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.					Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>					Número de semanas: _____									
Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>									
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
					Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<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</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>					<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>					<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>				
Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Si es así, especifique: _____				
ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.										Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>					<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>					<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b> <input type="checkbox"/>				
Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Especifique: _____				
Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Tipo de infección: _____				
Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Si es así, fecha: _____					Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
					Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
					Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					Orina en forma excesiva <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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										Teléfono: Incluya código del área ( )				
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____														
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>														
Explique por favor: _____														

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_