

# 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:		Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i>	
<i>Apellido</i>		<i>Nombre</i>		<i>2o Nombre</i>	
		( )		( )	
Dirección:		Ciudad:		Estado: Código postal:	
<i>Dirección postal</i>					
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>		
Tuberculosis activa .....			Sí No NS		
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"/>		
<b>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>					

## 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>					Fecha de su última radiografía dental:				
A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE									
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: <i>Nombre</i>					Teléfono: <i>Incluya código del área</i>				
					( )				
Dirección/Ciudad/Estado/Código:									
Se encuentra usted sano/a? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?				
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, qué condición le están tratando?					Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:				
					_____				
					_____				
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.

<p><b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b></p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><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"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>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"/></p> <p>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"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p><b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas <b>afirmativas</b>, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p><b>SÓLO MUJERES</b> Está usted:</p> <p>Embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p><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></p> <p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</p> <p style="padding-left: 20px;">ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i></p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> <p>Prolapso de la válvula mitral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fiebre reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sangramiento anormal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Anemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Si es así, fecha: _____</p> <p>Hemofilia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>SIDA o infección por VIH <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		
<p>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"/></p> <p>Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____</p> <p style="text-align: right;">Teléfono: <i>Incluya código del área</i> ( )</p> <p>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"/></p> <p>Explique por favor: _____</p>			

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_