

Historia Medica

Cual es la razón de su visita hoy?

Fecha de: Su ultima visita dental: _____ Su ultima limpieza dental _____ Toma de radiografias intraorales _____

Que se le hizo en su ultima visita dental? _____

Nombre de su dentista anterior: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Telefono: _____

1. Ha estado bajo cuidado medico en los ultimos dos años? Sí ____ No ____
Sí contesto sí, para que condicion medica requirio este tratamiento? _____
Nombre del doctor: _____ Telefono: _____
Direccion _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal _____
2. Ha tomado algun medicamento o droga en los ultimos dos años? Sí ____ No ____
3. Esta tomando alguna medicina, droga o pastilla ahora? Sí ____ No ____
Sí contesto sí, escriba el nombre y la dosis: _____
4. Esta conciente de tener alguna alergia (o reaccion adversa) a cualquier sustancia o medicina? Si ____ No ____
Sí contesto sí, por favor explique: _____
5. Durante los ultimos cinco años, ha estado hospitalizado? Sí ____ No ____
6. Indique cual de los siguiente tiene, o ha tenido. Marque con un circulo, "sí" o "no" en cada linea:

Corazón (Cirugia ,enfermedad)	Sí No	Ulceras	Sí No	Enfermedad venerea	Sí No
Dolor de pecho	Sí No	Diabetes	Sí No	S.I.D.A.	Sí No
Cardiopatía congenital	Sí No	Problemas de la tiroide	Sí No	H.I.V. Positiva	Sí No
Soplo cardiaco	Sí No	Glaucoma	Sí No	Fuegos/Postemillas, ampollas	Sí No
Presion arterial alta	Sí No	Lentes de contacto	Sí No	Transfusión de sangre	Sí No
Prolapso valvula mitral	Sí No	Emfisema	Sí No	Hemofilia	Sí No
Valvula cardial artificial	Sí No	Tos cronica	Sí No	Enfermedad de celula falsiforme	Sí No
Marcapaso cardial	Sí No	Tuberculosis	Sí No	Se moretea facillmente?	Sí No
Fiebre Reumatica	Sí No	Asma	Sí No	Enfermedad del higado	Sí No
Artritis/Reumatismo	Sí No	Fiebre del heno	Sí No	Ictericia	Sí No
Medicamento de cortisona	Sí No	Sensibilidad al latex	Sí No	Trastornos neurologicos	Sí No
Tobillos hinchados	Sí No	Alergias o ronchas	Si No	Epilepsia o crisis convulsiva	Sí No
Embolia	Sí No	Sinusitis	Sí No	Periodos de desmayos o mareos	Sí No
Dieta (especial/restringida)	Sí No	Radioterapia	Sí No	Nerviosidad/Ansiedad	Sí No
Articulaciones artificiales (cadera, rodilla, etc.)	Sí No	Quimoterapia	Sí No	Cuidado psiquiatrico/psicologico	Sí No
Problemas con los riñones	Sí No	Tumores	Sí No		
		Hepatitis A (infectiosa) B (serica)	Sí No		

7. Usa mas de dos almohadas para dormir? Sí No
8. Ha perdido o aumentado mas de 10 libras de peso en el ultimo año? Sí No
9. Tiene o ha tenido alguna enfermedad, condicion, o problema no mencionado? Sí No
Si contesto si, explique por favor: _____

10. **Mujeres.** Esta Ud.: **Embarazada?** Sí No Sí contesto si, meses _____
Amamantando? Sí No **Tomando pildoras anticonceptivas?** Sí No

Entiendo que la informacion arriba expuesto es necesaria para proveerme cuidado dental en una manera eficiente y segura. He contestado todas las preguntas de acuerdo a mi mayor conocimiento. Si necesita informacion adicional, tiene mi permiso para preguntarte a la entidad o agencia correspondiente que me presta atencion medica, la cual le proveera la informacion pedida.

Firma de paciente / guardian: _____ Fecha: _____

Firma de doctor: _____ Fecha: _____

CAMINO HEALTH CENTER

RAZÓN DE LA VISITA Y HISTORIAL DE SALUD DENTAL

CONFIDENCIAL

Nombre de Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Para la visita dental de hoy, por favor marque TODAS las casillas que correspondan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento | <input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal |
| <input type="checkbox"/> Encías sangrantes | <input type="checkbox"/> Sensibilidad al frío, cliente, dulce, aire (rodea) |
| <input type="checkbox"/> Truena de mandíbula | <input type="checkbox"/> Sensibilidad cuando muerde o mastica |
| <input type="checkbox"/> Colección de alimentos entre los dientes | <input type="checkbox"/> Llagas, ampollas o crecimiento en la boca |
| <input type="checkbox"/> Rechinar los dientes | <input type="checkbox"/> Problema/pregunta de la dentadura |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos o rellenos rotos | <input type="checkbox"/> Preguntas/problemas de implantes/puentes |

¿Usted o su hijo/hija se cepillan los dientes? Sí No

¿Usted o su hijo/hija usan hilo dental? Sí No

HISTORIA MÉDICA

Su última visita con médico: _____ Nombre de médico: _____

¿Ha cambiado su salud o la de su hijo/hija en los últimos 6 meses? Sí No Si Sí, explique _____

¿Usted o su hijo/hija actualmente toman medicamentos? Sí No Si Sí, lista _____

¿Han tenido usted o su hijo/hija alguna enfermedad u operación grave en los últimos 6 meses? Sí No Si Sí, explique _____

¿Usted o su hijo/hija alguna vez tuvieron una transfusión de sangre? Sí No

(Sólo para adultos) ¿Ha tomado alguna forma de drogas conosidas como "fen-phen?" Esto incluye combinaciones con Iomin, Adipex, Fastin (Nombre de marca es fentermina), Pondimin (fenfluramina) and Redux (dexfenfluramina) Sí No

(Sólo para adultos) ¿Está tomando o programado para comenzar a tomar cualquiera de los siguientes medicamentos, alendronate (Fosamax®) o risedronate (Actonel®) para osteoporosis o la enfermedad de Paget? Sí No

(Sólo para mujeres) ¿Está embarazada? Sí No Si Sí, ¿Cuántos meses? _____

¿Amamantando? Sí No

¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No

ALERGIAS

¿Usted of su hijo/hija tienen alguna de las siguientes alergias?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Anestético local |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Barbitüricos (pastillas para dormir) | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Codíena | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

FIRMA

La información en esta forma es exacta y completa a mi conocimiento. No hare responsable a mi dentista o cualquier miembro su personal responsable de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma de Paciente/Padre/Madre/Guardián _____

Fecha _____ Firma del Doctor _____