

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>			
Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:		<i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i>		Sí	No NS
Tuberculosis activa				☐	☐
Tos persistente de más de 3 semanas de duración				☐	☐
Tos que produce sangre				☐	☐
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis.....				☐	☐
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?	Sufre de dolor de oídos o del cuello?
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?.....	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?.....	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?
Sufre de boca seca?	Tiene lesiones o úlceras en su boca?
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?.....	Usa dentaduras (placas) completas o parciales?
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	Participa en actividades enérgicas de recreación?
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?.....	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?.....
Está fluorada el agua que llega a su casa?	Fecha de su último examen dental:
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	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?.....	
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?	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?
Médico:	Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?
<i>Nombre</i>	
Dirección/Ciudad/Estado/Código:	Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?
Se encuentra usted sano/a?	Sí 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?	
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	
Usa lentes de contacto?.....		☐	☐
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?		☐	☐
Fecha: Si es así, ha tenido alguna complicación?			
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?		☐	☐
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?		☐	☐
Fecha del comienzo del Tratamiento:			
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Sí No NS	
Anestésicos locales		☐	☐
Aspirina		☐	☐
Penicilina u otros antibióticos		☐	☐
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir		☐	☐
Sulfas		☐	☐
Codeína u otros narcóticos		☐	☐
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.			
Sí No NS		Sí No NS	Sí No NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)		☐	☐
Previa endocarditis infecciosa		☐	☐
Válvulas dañadas en corazón transplantado		☐	☐
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)			
ECC cianótica, sin reparar		☐	☐
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)		☐	☐
ECC reparada con defectos residuales		☐	☐
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.			
Sí No NS		Sí No NS	Sí No NS
Enfermedad cardiovascular		☐	☐
Angina		☐	☐
Arterioesclerosis		☐	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva		☐	☐
Daño en las válvulas cardíacas ...		☐	☐
Infarto del miocardio		☐	☐
Soplo en el corazón		☐	☐
Presión arterial baja		☐	☐
Presión arterial alta		☐	☐
Otros defectos congénitos del corazón		☐	☐
Prolapso de la válvula mitral		☐	☐
Marcapasos		☐	☐
Fiebre reumática		☐	☐
Enfermedad cardíaca reumática		☐	☐
Sangramiento anormal		☐	☐
Anemia		☐	☐
Transfusión sanguínea		☐	☐
Si es así, fecha:			
Hemofilia		☐	☐
SIDA o infección por VIH		☐	☐
Artritis		☐	☐
Enfermedad autoinmune		☐	☐
Artritis reumatoidea		☐	☐
Lupus eritematoso sistémico		☐	☐
Asma		☐	☐
Bronquitis		☐	☐
Enfisema		☐	☐
Sinusitis		☐	☐
Tuberculosis		☐	☐
Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia		☐	☐
Dolores de pecho por esfuerzo		☐	☐
Dolor crónico		☐	☐
Diabetes Tipo I o II		☐	☐
Trastornos de alimentación		☐	☐
Malnutrición		☐	☐
Enfermedad gastrointestinal		☐	☐
Reflujo G.E./ardor persistente ..		☐	☐
Úlceras		☐	☐
Alteraciones de la tiroides		☐	☐
Derrame cerebral		☐	☐
Glaucoma		☐	☐
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática		☐	☐
Epilepsia		☐	☐
Desmayos o ataques epilépticos ..		☐	☐
Alteraciones neurológicas		☐	☐
Si es así, especifique:			
Alteraciones del sueño		☐	☐
Usted ronca?		☐	☐
Alteraciones mentales		☐	☐
Especifique:			
Infecciones recurrentes		☐	☐
Tipo de infección:			
Alteraciones renales		☐	☐
Sudor nocturno		☐	☐
Osteoporosis		☐	☐
Inflamación persistente de los ganglios del cuello		☐	☐
Cefaleas graves/jaquecas		☐	☐
Pérdida de peso severa o rápida ..		☐	☐
Enfermedades venéreas		☐	☐
Orina en forma excesiva		☐	☐
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?		☐	☐
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:		Teléfono: Incluya código del área ()	
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?		☐	☐
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:

.....

.....