

Según lo exige la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujetas a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que puede haber preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

Nombre del Paciente: Apellido Primer Nombre Inicial			SSN o PT ID:	Fecha De Nacimiento:
Dirección: Casilla PO o dirección postal			Estado Código Postal	Ciudad
Ocupación:			Altura:	Peso:
Teléfono: () () Casa Trabajo			Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No conforme al genero <input type="checkbox"/>	
¿Estás completando este formulario para otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Si es así, nombre?	Si es así, relación?
Nombre y Teléfono de Contacto de Emergencia:				Referido por?
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas? (Marque NS si no sabe la respuesta a la pregunta)				Si No NS
1. Tuberculosis activa?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Tos persistente mayor a una duración de tres semanas?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Tos que produce sangre?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Expuesto a cualquier persona con Tuberculosis?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si responde afirmativamente a cualquiera de los cuatro preguntas anteriores, DETÉNGASE y envíe este formulario a la recepcionista.				
Indique el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Medico: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____				

Información médica Marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a							
	Si	No	NS		Si	No	NS
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos/sedantes/pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goma de (látex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Anestesia local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es así u otro, por favor explique: _____

Medicamentos:	Si	No	NS
¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre? De ser así, enumere todos, incluidas las vitaminas, las preparaciones naturales o herbales y / o los suplementos dietéticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia de Salud:	Si	No	NS		Si	No	NS
¿Usas lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas sustancias controladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reemplazo de la articulación. ¿Ha tenido un reemplazo de articulación total ortopédica (cadera rodilla, codo, dedo) Cuando?: _____ Si afirmativo, ha tenido alguna complicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consume Tabaco (fuma, mastica, bidis)? Si es así, le interesa dejar de usar tabaco? (Circule uno) Muy interesado(a)/ MAS O MENOS interesado(a) / NO me interesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando o programado para comenzar a tomar cualquiera de los medicamentos, alendronato (Fosamax ®) o risedronato (Actonel ®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas En caso afirmativo, ¿cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____ la semana pasada? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial de Salud (continuación):	Si	No	NS		Si	No	NS
¿Estás en buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido una enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____ Dirección: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o problema? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el año pasado? Si es así, ¿qué condición está siendo tratada? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del último examen físico: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde 2001, ¿recibió tratamiento o está actualmente programado para comenzar el tratamiento con Bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas que resultan de la enfermedad de Paget, Mieloma Múltiple o Cáncer Fecha en que comenzó el tratamiento: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUJER SOLAMENTE ¿Estás embarazada?? ¿Número de semanas? _____ Tomando anticonceptivos o reemplazo hormonal? Amamantar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información Medica Marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas:

	Si	No	NS		Si	No	NS
Válvulas del corazón artificiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa previa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en el corazón trasplantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía Congénita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía Congénita con cianosis sin reparar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.E. Reflujo / persistente acidez estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparación completa en los últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía reparado con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Excepto por las condiciones enumeradas anteriormente, la profilaxis con antibióticos ya no se recomienda para ninguna otra forma de enfermedad coronaria</i>				Derrames Cerebrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si afirmativo, cuando? _____				Si es así, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus Eritematoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones Recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de pecho con esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

	Si	No	NS		Si	No	NS
Problemas de historia familiar? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿tiene alguna enfermedad, afección o problema que no fue mencionado anteriormente? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: _____ Teléfono : (_____) _____ - _____			

¿Cuál es el motivo de su visita dental hoy? _____
 ¿Cómo te sientes con tu sonrisa? _____
 Cuan a menudo te cepillas los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? _____
 ¿Con qué frecuencia visita al dentista?? _____ Fecha de su último examen dental: _____
 ¿nombre de ultimo dentista? _____ Fecha de sus últimas radiografías dentales: _____

Historia Dental:		Sí	No	DK		Sí	No	DK
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Tienes dolores de oído o dolores en el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes dientes sueltos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Sufres de mal aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tiene algún clic, estallido o incomodidad en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se atrapa la comida o el hilo dental entre los diente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Brux o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tienes la boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Tienes llagas o úlceras en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de las encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Usas dentaduras postizas o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Participas en actividades recreativas activas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿ha tenido algún problema asociado con el tratamiento dental previo??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está fluorado el suministro de agua de su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿está teniendo dolor o malestar dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Bebes agua embotellada o filtrada? Si es así, ¿con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificaría su dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encierra en un círculo uno: DIARIAMENTE / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						1	2	3
						4	5	6
						7	8	9
						10		

OTA: se alienta tanto al médico como al paciente para que hablen de todos los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.
 Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal dependerán de esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tomen o que no tomen debido a errores u omisiones que pueda haber cometido
 Firma del paciente _____ Fecha: _____

Para completar por dentista:
Review of Systems: (HEENT, GI, Resp, GU, MS, Endo, Skin, Neuro, Hemo)

Contradictions to Dental Treatment(s):

 Signature of Dentist **Reviewed by:** _____ **Date:** _____

Medical History Review:

1	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	
2	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	
3	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	
4	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	