



Chart #: \_\_\_\_\_  
FOR OFFICE USE ONLY

### Información de paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Apellido(s), Nombre (s) (Nombre preferido)

Género: \_\_\_\_\_ Estatus familiar: \_\_\_\_\_

# de Seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

# de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_

Hora preferida de cita:  Mañana  Tarde  Cuando sea  Lu  Ma  Mi  Ju  Vi

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle # de departamento

Ciudad Estado Código postal

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### Información médica

**Aviso: Se requiere toda la siguiente información para que le tratemos seguramente y se mantendrá CONFIDENCIAL.**

Por favor, marque dónde ud. recibe su atención médica:

Oficina de doctor \_\_\_\_\_ Proveedor de atención primaria: \_\_\_\_\_  Urgent Care/Sala de Emergencias  FQ

#### MARQUE TODOS LOS QUE LE APLICAN:

#### HISTORIA MÉDICA

- TDAH
- SIDA/VIH+
- Alcoholismo
- Alzheimer
- Estenosis aórtica
- Artritis/osteoartritis
- Asma
- Enfermedad autoinmune
  - Reumatoide
  - Fibromialgia
  - Lupus
- Enfermedad hematológica: \_\_\_\_\_
- Cáncer: \_\_\_\_\_
  - Quimioterapia
  - Radiación
- Cataratas
- Paladar hendido
- Conmoción cerebral
- EPOC / Enfisema
- Demencia
- Depresión
- Discapacidad de desarrollo
- Diabetes
  - Úlcera venosa
  - Hipoglucemia
  - Trastornos de la conducta alimentaria
  - Anorexia
  - Bulimia
- Epilepsia / Ataques
- Enfermedades gastrointestinales
  - Pirosis / Dispepsia
  - Úlceras

- Presión alta / Hipertensión arterial
- Enfermedad del riñón
- Prolapso de la válvula mitral
- Esclerosis múltiple
- Osteoartritis / Artritis
- Hipotensión ortostática
- Embarazo –Fecha de parto: \_\_\_\_\_
- Trastornos psicológicos
- Trastornos del sueño
  - Presión positiva continua en la vía aérea
- Derrame cerebral: \_\_\_\_\_
  - Parálisis I - D
  - Debilidad I - D
  - Afasia
- Enfermedad tiroidal
- Tuberculosis
- Enfermedades venéreas / ITS

#### SÍNTOMAS COMUNOS

- Trastorno del ritmo cardíaco / arritmia cardíaca
- Angina de pecho / Dolor de pecho
- Ansiedad
- Moretones
- Dolor de espalda crónica
- Ronquera crónica / Tos
- Estreñimiento
- Dificultades de tragar / Boca seca
- Mareo
- Desmayo
- Olvido / Falta de memoria
- Urticaria / Eczema
- Sed aumentada
- Migrañas / Dolor de cabeza
- Náusea / Vómito
- Neuritis / Neuralgia / Ciática

#### HISTORIA QUIRÚRGICO

- Articulación artificial: \_\_\_\_\_
- Cirugía de corazón: \_\_\_\_\_
  - Válvula artificial
  - Soplo cardíaco
  - Bypass coronario
- Desfibrilador automático implantable
- Marcapasos
- Otra cirugía: \_\_\_\_\_

Por favor, escriba otros problemas relacionados al salud que usted sufre aquí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- Enfermedades cardiovasculares
  - Ataque cardíaco: \_\_\_\_\_
  - Insuficiencia cardíaca
- Hepatitis / Enfermedad hepática
- Perdido de peso dramático reciente
- Zumbido de oído
- Problemas del seno
- Inflamación de manos / pies

**PREGUNTAS ESPECÍFICAS ACERCA DE MEDICAMENTOS**

- Ha tomado usted alguno de los siguientes medicamentos para Osteoporosis, Cáncer de hueso u Osteoartritis?
  - Alendronato (Fosamax) Pamidronato (Aredia)
  - Alendronato & Cholecalciferol (Fosamax Plus)
  - Clodronato (Bonafes, Clasteon)
  - Etidronato & Calcio (Carbonato de Calcio, Didrocal)
  - Etidronato Disódico (Didronel)
  - Ibandronato (Boniva)
  - Pamidronato (Aredia)
  - Risedronato (Actonel)
  - Ridedronato & Calcio (Actonel & Calcio)
  - Tiludronato (Skelid)
  - Xgeva (Denosumab)
  - Ácido zoledrónico (Reclast, Zometa)
  - Otro medicamento bisfosfonates: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tomado los medicamentos por prescripción Fenfluramina, Fenfluramina con Fentermina (fen-phen), dexfenfluramina (Redux or Pondimin) u otros productos para perder peso?  No  Si Si sí, ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_ ¿Tuviste un ecocardiograma subsecuente?:  No  Si
- ¿Está o ha tomado algún medicamento anticoagulante como Coumadin/Warfarina, Pradaxa, Plavix, Aspirina u otro?  No  Si
- ¿En los últimos 6 meses, ha tomado terapia de esteroides?  No  Si Si sí, ¿cuándo?: \_\_\_\_\_ Nombre de medicamento: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS ACTUALES (DOSIS Y CUANDO LOS TOMA)**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**POR FAVOR ANOTE TODAS LAS ALERGIAS CONOCIDAS**

- Penicilina
- Sulfa
- Aspirina
- Codeína
- Morfina
- Eritromicina
- Látex

Otras alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

**HÁBITOS PERSONALES RELACIONADOS AL SALUD**

- ¿Ud. usa productos de tabaco?  No  Si ¿Ha intentado parar?  No  Si ¿Quiere información sobre cómo parar?  No  Si
  - Cigarrillos  Cigarros  Tabaco de mascar  Rapé Si sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto usa diariamente? \_\_\_\_\_
- ¿Ud. toma alcohol?  No  Si  Cerveza  Licor  Vino  Otro
  - ¿Por cuánto tiempo ha tomado alcohol? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Ud. piensa que toma demasiado?  No  Si
- ¿Ud. toma las siguientes bebidas?  No  Si  Café  Refresco (dieta/reg.)  Té Si sí, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Ud. usa drogas recreacionales?  No  Si Si sí, ¿cuál/es?: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo?: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_ **(Es muy importante que ud. sea honesto porque esto puede afectar su tratamiento)**



### INFORMACIÓN IMPORTANTE ADICIONAL

- ¿Le han internado a un hospital o ha necesitado atención de emergencia en los últimos dos años?  No  Si  
Si sí, explica por favor \_\_\_\_\_
- ¿Está actualmente bajo cuidados médicos?  No  Si  
Si sí, explica por favor \_\_\_\_\_ Nombre del doctor: \_\_\_\_\_
- ¿Tiene ud. problemas médicos que requieren más clarificación?  No  Si  
Si sí, explica por favor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DENTISTA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
FECHA

## HISTORIA DENTAL DEL ADULTO

Propósito de su visita: \_\_\_\_\_

¿Está ud. consciente de algún problema? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha pasado desde su última cita dental? \_\_\_\_\_

- ¿Usted tensa o rechina los dientes?  No  Si
- ¿Ha tenido dolor o sensibilidad en los músculos de la cara o la oreja o un clic del mandíbula?  No  Si
- ¿Tiene dientes sensibles?  No  Si
- ¿Le duelen las encías o le sale sangre?  No  Si
- ¿Le agrada la apariencia de sus dientes?  No  Si
- ¿Ha tenido alguna cirugía o tratamiento de las encías?  No  Si
- ¿Ha tenido algún tratamiento ortodóncico?  No  Si
- ¿Tiene ud. prótesis dental (dentadura postiza parcial o completa)?  No  Si  
Si sí, cuando fue hecho? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
- ¿Le interesa conseguir un recambio?  No  Si
- ¿Ha tenido alguna experiencia desagradable o existe algo de la odontología que le desagrada mucho?  No  Si
- ¿Le han tenido que medicar con antibióticos o sedativos antes de un tratamiento dental?  No  Si

## HISTORIA DENTAL DEL NIÑO/JOVEN

- ¿Es la primera vez que el niño visita al dentista?  No  Si
- Si no, ¿cuándo fue su última visita? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia cepilla los dientes el niño? \_\_\_\_\_
- ¿Chupa el niño su pulgar/dedos?  No  Si
- ¿Se han lastimado los dientes como resultado de una caída o golpe que puede causar destrozos?  No  Si
- ¿Ha tenido el niño algún problema con algún tratamiento dental en el pasado?  No  Si
- ¿Piensa ud. o el niño que existe algún problema con sus dientes?  No  Si

YO CERTIFICO QUE TODO LO ANTEDICHO ESTÁ COMPLETO Y CIERTO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
DDS SIGNATURE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE