



«LName»«FName»«PrefName»

Chart #: «Chart»
FOR OFFICE USE ONLY

Información de paciente

Nombre del paciente: «Apellidos», «Nombre» («NombrePreferido») Fecha: 09/17/20
Apellido(s), Nombre (s) (Nombre preferido)

de Seguro social: «SS» Género: _____ Estatus familiar: Otro
Fecha de nacimiento: «cumpleaños»

de teléfono (casa): «#casa» (Trabajo): «#trabajo» Extensión: «#Ext»
Mejor hora para llamar: _____

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

Domicilio: «calle» «calle2»
Calle # de departamento
«ciudad» «estado» «Código postal»
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

- 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

HISTORIA QUIRÚRGICO

- Articulación artificial: _____
- Cirugía de corazón: _____
 - Válvula artificial
 - Soplo cardíaco
 - Baipás coronario

- Desfibrilador automático implantable
- Marcapasos

- Otra cirugía: _____

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



«LName»«FName»«PrefName»

- Medical conditions checklist including Epilepsia / Ataques, Enfermedades gastrointestinales, Enfermedades cardiovasculares, Olvido / Falta de memoria, Urticaria / Eczema, etc.

PREGUNTAS ESPECÍFICAS ACERCA DE MEDICAMENTOS

- Medication questions: Ha tomado usted alguno de los siguientes medicamentos para Osteoporosis, Cáncer de hueso u Osteoartritis? ¿Ha tomado los medicamentos por prescripción Fenfluramina...? ¿Está o ha tomado algún medicamento anticoagulante...?

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

Blank lines for recording current medications, doses, and frequency.

POR FAVOR ANOTE TODAS LAS ALERGIAS CONOCIDAS

- Allergy checklist: Penicilina, Sulfa, Aspirina, Codeína, Morfina, Eritromicina, Látex

Otras alergias a medicamentos: _____

HÁBITOS PERSONALES RELACIONADOS AL SALUD

- Personal habits questions: ¿Ud. usa productos de tabaco? ¿Ud. toma alcohol? ¿Ud. toma las siguientes bebidas? ¿Ha intentado parar? ¿Quiere información sobre cómo parar? ¿Por cuánto tiempo ha tomado alcohol? ¿Con qué frecuencia? ¿Ud. piensa que toma demasiado? ¿Ud. toma las siguientes bebidas? ¿Con qué frecuencia?



«LName»«FName»«PrefName»

- ¿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