



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
- Enfermedades cardiovasculares
 - Ataque cardíaco: _____
 - Insuficiencia cardíaca
- Hepatitis / Enfermedad hepática

- 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
- Perdido de peso dramático reciente
- Zumbido de oído
- Problemas del seno
- Inflamación de manos / pies

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:



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

HISTORIA DENTAL DEL NIÑO/JOVEN

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

YO CERTIFICO QUE TODO LO ANTEDICHO ESTÁ COMPLETO Y CIERTO

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

DDS SIGNATURE

DATE