

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Tel. Res.: () _____ Tel. Trabajo: () _____
APELLIDO 1ER NOMBRE 2DO NOMBRE
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____
APARTADO O DIRECCIÓN POSTAL
 Ocupación: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F
 SS#: _____ Contacto en Emergencias: _____ Relación: _____ Tel.: () _____

Si está llenando este formulario por otra persona, ¿cuál es su relación con ésta?

NOMBRE RELACIÓN

En las preguntas siguientes marque con (X) lo que se aplique. Sus respuestas son sólo para nuestros expedientes y se mantendrán en confidencia de acuerdo con las leyes pertinentes. Favor de tener en cuenta que durante su primera visita se le harán más preguntas acerca de sus respuestas en este cuestionario y podrán hacerse preguntas adicionales acerca de su salud. Esta información es vital para poder proveerle el cuidado apropiado. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

INFORMACIÓN DENTAL

	Sí	No	No sé	
¿Le sangran las encías al cepillarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Cómo describiría el problema dental que tiene ahora?
¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia (frenos en los dientes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Tiene los dientes sensitivos al frío, calor, dulce o presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental: _____
¿Tiene dolores de oído o de cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de los últimos rayos X dentales: _____
¿Ha recibido tratamiento periodontal (de las encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué le hicieron esa vez? _____
¿Usa aparatos (prótesis) dentales removibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Qué piensa acerca de la apariencia de sus dientes? _____
¿Ha tenido alguna dificultad seria asociada con cualquier tratamiento dental anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Si es así, explique: _____				

INFORMACIÓN MÉDICA

	Sí	No	No sé		Sí	No	No sé
Si contesta que sí a cualquiera de las 3 siguientes, deténgase y lleve este formulario a la recepcionista.							
¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?				¿Está tomando o ha tomado recientemente alguna medicina incluyendo medicinas sin receta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿qué medicinas está tomando?			
Tos persistente por más de tres semanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De receta: _____			
Tos que produce sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sin receta: _____			
¿Se encuentra en buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitaminas, preparaciones naturales o hierbas medicinales, suplementos dietéticos: _____			
¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el pasado año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
¿Está al presente bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está tomando o ha tomado alguna medicina para rebajar de peso como Pondimin (fenfluramina), Redux (dexfenfluramina) o fen-fen (fenfluramina-fentermina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué condición(es) se está tratando?				_____			
Fecha del último examen médico: _____				¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico(s):				Si es así, ¿cuánto alcohol tomó en la últimas 24 horas?			
<small>NOMBRE TELÉFONO</small>				¿En la última semana?			
<small>DIRECCIÓN CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL</small>				¿Tiene dependencia del alcohol o de las drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>NOMBRE TELÉFONO</small>				Si es así, ¿ha recibido tratamiento? (Marque una.) Sí / No			
<small>DIRECCIÓN CIUDAD/ESTADO ZONA POSTAL</small>				¿Usa drogas u otra sustancia con fines recreativos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido una enfermedad seria, una operación, o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, enumere: _____			
Si es así, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?				Frecuencia de uso (diario, semanal, etc.): _____			
_____				# de años de uso recreativo de drogas: _____			
_____				¿Usa tabaco (fuma, rapé, masca)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Si es así, ¿cuán interesado está en cesar?			
_____				(marque uno) Muy interesado / Algo / No tengo interés			
_____				¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FAVOR DE CONTESTAR AMBOS LADOS

Sí No No sé

Sí No No sé

¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción a:

- Anestésicos locales
Aspirina
Penicilina u otros antibióticos
Barbitúricos, sedantes, o píldoras para dormir
Medicinas de sulfa
Codeína u otros narcóticos
Látex
Yodo
Fiebre del heno/en temporada
Animales
Alimentos (especifique)
Otros (especifique)
Metales (especifique)

¿Le han reemplazado completamente una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?

Si es así, ¿cuándo le hicieron esta operación?

Si contestó que sí, ¿ha tenido alguna complicación o dificultad con la articulación protésica?

¿Le ha recomendado un médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de recibir tratamiento dental?

Si es así, ¿qué antibiótico, y qué dosis?

Nombre del médico o dentista*:

Tel.:

Donde conteste que sí, especifique el tipo de reacción.

PARA LAS MUJERES SOLAMENTE

¿Está o puede estar embarazada?

¿Está lactando?

¿Está tomando píldoras anticonceptivas o de reemplazo hormonal?

Favor de marcar con (X) si ha tenido o no cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas.

- Sangría anormal
SIDA o infección por VIH
Anemia
Artritis
Artritis reumatoidea
Asma
Transfusión de sangre. Si marca sí, fecha:
Cáncer/quimioterapia/tratamiento de radiación
Enfermedad cardiovascular. Si marca sí, especifique abajo:
Angina
Arteriosclerosis
Válvulas artificiales en el corazón
Defectos congénitos del corazón
Insuficiencia cardíaca
Enfermedad de las arterias coronarias
Válvulas del corazón dañadas
Ataque del corazón
Dolor en el pecho al esforzarse
Dolor crónico
Inmunosupresión inducida por enfermedad, drogas o radiación
Diabetes. Si marca sí, especifique abajo:
Tipo I (dependiente de insulina)
Tipo II
Boca seca
Trastornos alimenticios. Si marca sí, especifique:
Epilepsia
Desmayos o ataques
Enfermedad gastrointestinal
Reflujo gastrointestinal/acidez persistente
Glaucoma
Hemofilia

Hepatitis, ictericia, o enfermedad del hígado
Infecciones recurrentes
Indique el tipo de infección:
Problemas del riñón
Trastornos de la salud mental. Si marca sí, especifique:

Desnutrición
Sudores nocturnos
Trastornos neurológicos. Si marca sí, especifique:
Osteoporosis
Glándulas del cuello hinchadas persistentes
Problemas respiratorios. Si marca sí, especifique abajo:
Enfisema
Bronquitis, etc.

Dolores de cabeza severos/migrañas
Pérdida de peso severa o rápida
Enfermedad sexualmente transmitida
Sinusitis u otros problemas
Trastornos del sueño
Úlceras en la boca
Ataque cerebral
Lupus eritematoso sistémico
Tuberculosis
Problemas de las tiroides
Úlceras
Micción (orinar) excesiva

¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no aparezca en la lista, que cree que debo saber?

Explique por favor:

NOTA: Se aconseja tanto al doctor como al paciente a hablar antes del tratamiento de todos los asuntos relacionados con la salud del paciente.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis dudas, si alguna, acerca de las preguntas enunciadas anteriormente han sido aclaradas a mi satisfacción. No consideraré responsable a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por cualquier acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que pueda yo haber cometido al llenar este formulario.

FIRMA DEL PACIENTE/ TUTOR LEGAL

FECHA

PARA USO DEL DENTISTA

Comentarios sobre de la entrevista con el paciente acerca del historial médico:

Descubrimientos significativos en el cuestionario o la entrevista oral:

Consideraciones para el manejo dental:

Actualización del Historial Médico: De manera regular se le debe preguntar al paciente si hay cambios en su historial médico, y anotar la fecha y los comentarios y firmarlos.

Fecha Comentarios Firma del Paciente y del Dentista

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes párrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma.

Nombre del Paciente _____

1. TRATAMIENTO A HACERSE

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento: Empaste____ Puentes____ Coronas____ Extracción de Dientes____ Extracción de Dientes Impactados____ Anestesia General____ Conducto Radicular____ Otro____ (Iniciales____)

2. FÁRMACOS Y MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vómito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa).. (Iniciales____)

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarios. (Iniciales____)

4. EXTRACCIÓN DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de la infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto. (Iniciales____)

5. CORONAS, PUENTES Y CAPERUZAS

Entiendo que algunas veces no es posible igualar exactamente el color de la dentadura postiza al de la dentadura natural. Además entiendo que puede que traiga coronas temporales que pueden caerse fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarme de que no se caigan hasta que se entreguen las coronas permanentes. Estoy enterado que la última oportunidad para hacer cambios a mi nueva corona, puente o caperuza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré antes de la cementación. (Iniciales____)

6. DENTADURAS POSTIZAS, COMPLETAS O PARCIALES

Estoy enterado de que las dentaduras postizas completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal, y/o porcelana. Se me han explicado los problemas que pueden surgir por usar estos aparatos, incluyendo aflojamiento, dolor, y posible ruptura. Entiendo que la última oportunidad para hacer cambios en mi nueva dentadura postiza (incluyendo cambios en la forma, adaptación, tamaño, y color) la tendré cuando asista a la consulta para probarme los "dientes en cera". Entiendo que la mayoría de las dentaduras postizas requieren otra alineación aproximadamente de tres a doce meses después de la colocación inicial. El costo de este procedimiento no está incluido en el costo inicial de la dentadura postiza. (Iniciales____)

7. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (CONDUCTO RADICULAR)

Entiendo que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y que pueden presentarse complicaciones por el tratamiento, y que en ocasiones, se cementan objetos de metal en el diente o se extienden a través del conducto radicular, lo cual no necesariamente afecta el éxito del tratamiento. Entiendo que en ocasiones puede necesitarse de procedimientos quirúrgicos adicionales después de un tratamiento de conducto radicular (apicoectomía). (Iniciales____)

8. PÉRDIDA PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO)

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de la encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal. (Iniciales____)

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, prácticos acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad _____ Fecha _____