

# 5

## HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

¿Usted está tomando (o ha tomado) medicación de bisfosfonatos (recetado para prevenir o tratar osteoporosis)? Nombres comerciales de bisfosfonatos incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia y Boniva (tomados en forma de pastilla) Otros medicamentos incluyen Aredia, Bonefos, Didronel y Zometa, cuales a veces son administradas por inyección, y pueden ser recetados para terapia contra el cáncer para reducir el dolor de los huesos.  Sí  No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos o mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis, reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre escarlata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Erupción cutánea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas lumbares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis tipo _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dieta especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Apoplejía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de pies o tobillos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de glándulas en cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia de fármacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor mandibular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones cardíacas congénitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tratamientos con cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tos, persistente o con sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Pérdida de peso inexplicada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asistencia psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
		Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Usa lentes de contacto?  Sí  No

**Mujeres:**

¿Está usted embarazada?  Sí  No

Fecha de parto \_\_\_\_\_

¿Está usted amamantando?  Sí  No

¿Toma píldoras anticonceptivas?  Sí  No

### MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirina                            | <input type="checkbox"/> Anestésico local |
| <input type="checkbox"/> Barbitúricos (Píldoras para dormir) | <input type="checkbox"/> Penicilina       |
| <input type="checkbox"/> Codeína                             | <input type="checkbox"/> Sulfa            |
| <input type="checkbox"/> Iodina                              | <input type="checkbox"/> Otros _____      |
| <input type="checkbox"/> Latex                               | _____                                     |

# 6

## ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica?  Sí  No

¿En qué sentido? \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicación nueva? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica?  Sí  No

¿En qué sentido? \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicación nueva? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

## 1

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

SS/HIC/ID Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_  
 Primer nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Casado  Viudo  Soltero  Menor

Separado  Divorciado  En pareja durante \_\_\_\_\_ años

Empleador/Escuela del paciente \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador/escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador/escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

## 2

### SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional?  Sí  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

**CESIÓN Y DIVULGACIÓN**  
 Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al \_\_\_\_\_  
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

## 3

### NÚMEROS DE TELÉFONO

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Primario del Cónyuge (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mejor momento y lugar para contactarlo \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON** (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 4

### HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy _____	Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	Masticación en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentista Anterior _____	Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ciudad/Estado _____	Chasquido o crujido mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última consulta odontológica _____	Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de últimos rayos X odontológicos _____	Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:	Acumulación de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad a lo dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Rechinar de dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Llagas o protuberancias en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dolor o cansancio mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____
	Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____
	Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	