

MATTHEW QUINLIVAN D.D.S.

FORMULARIO DE HISTORIA DE SALUD



Fecha de Hoy: ____/____/____

Correo Electronico: _____

Nombre _____, Yo prefiero ser llamad(a/o) _____
Apellido Nombres de Pila

Edad: ____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Sex: M F Como escucho de nuestra oficina? _____

Tel. Casa (____) ____ - _____ Cel. (____) ____ - _____ Tel. de Empleador (____) ____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Empleador: _____ Ocupación _____ No. de Seguro Social _____

Contacto de Emergencia _____ Relación al paciente _____ Tel. (____) ____ - _____

Si usted está llenando este forma para otra persona, porfavor imprima su nombre _____
Nombre Relación al Paciente

INFORMACIÓN DENTAL

¿Le sangran sus encías al cepillarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez has tenido (frenos) tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son sensibles sus dientes al frío, calor, dulces o presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tiene dolores de cabeza, dolor de oídos o cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de las encías) antes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted usa aparatos dentales removibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido algún problema difícil con cualquier tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si tiene algún problema dental hoy, por favor descríbalo _____

Fecha del último examen dental: _____ ¿Qué se hizo en durante la visita? _____

¿Cómo se siente de la apariencia de sus dientes? _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Sí	No	No sé		Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está su salud en buena condición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?		

¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades / problemas?

- La tuberculosis activa
- Tos persistente con duración superior a 3 semanas
- Tos que produce sangre

Si ha contestado que sí a cualquiera de los 3 puntos anteriores, por favor, deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

- ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico? ¿De qué estás recibiendo tratamiento? _____
 Fecha del último examen _____ Médico(s) _____
- ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? Si es así ¿cuál fue la enfermedad o/problema? _____
- ¿Está tomando o ha tomado recientemente un medicamento? Si es así, que medicina (s) está tomando?
 Recetada: _____
 Medicinas: _____
 Preparaciones naturales o herbales: _____
- ¿Está tomando o ha tomado algún medicamento para dieta como pondimin (fenfluramina), Redux (dexfenfluramina) o fen-fen (fentermina)?
- ¿Consume bebidas alcohólicas? Si es así, ¿cuánto alcohol ha consumido en las últimas 24 horas? ____ En el ultimo mes? ____
 # de bebidas por día por ____ # de años
- ¿Es dependiente de alcohol y / o drogas? Si los es, ¿ha recibido tratamiento? (Marque una opción) Sí No
- ¿Utiliza el tabaco (fumar, tabaco, masticado)?
 Si es así, esta interesad(o/a) en parar Muy ininteresado Algo interesado No estoy interesado
- ¿Usted usa lentes de contacto?

ALERGIAS- Tiene alergias o ha tenido alguna reacción alérgica a uno de los siguientes:

Sí	No	No sé		Sí	No	No sé	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iodo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hay fever / seasonal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sulfamidias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos (Especifique) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro (Especifique) _____

En caso afirmativo, especifique el tipo de reacción: _____

Sí No No sé

¿Ha tenido una articulación ortopédica totales (cadera, rodilla, codo, dedo)? Si es así, cuando se llevó a cabo esta operación? _____

¿Ha tenido complicaciones o dificultades con la articulación de la prótesis?

Un médico o dentista anterior ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? Si es así, qué tipo de antibiótico y dosis?
Nombre del médico o dentista _____ Phone _____

NOTA PARA EL PACIENTE: Un nuevo informe (julio de 1997), elaborado y aprobado por la Asociación Dental Americana y la Americana de Cirujanos Ortopédicos ha recomendado que la profilaxis con antibióticos antes del tratamiento dental no está indicado para la mayoría de los pacientes dentales con prótesis articulares ortopédicos artificiales. Esta oficina estará encantado de discutir este informe con usted y proporcionar una copia del mismo para usted y su cirujano / médico ortopedista.

Sólamente mujeres

Sí No No sé

¿Está embarazada?

Sí No No sé

¿Esta dando de pecho?

Yes No No sé

¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

Por favor, lea y marque (x) si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

Sí No No sé

Sangrado anormal

Infección por VIH o el SIDA

Anemia

Artritis

La Artritis Reumatoide

Asma

Transfusión de Sangre

fecha _____

Tratamiento de Cáncer,

Quimioterapia, o radioterapia

Enfermedad Cardiovascular

En caso afirmativo, indique:

Angina

Arteriosclerosis

Válvulas Cardíacas artificiales

Insuficiencia coronaria

Oclusión coronaria

Válvulas dañadas del corazón

Ataque del corazón

Soplo en el Corazón

Presión arterial alta

Cardiopatías Congénitas

Prolapso de la válvula mitral

Marcapasos

La cardiopatía reumática

Dolor del pecho cuando hace algún esfuerzo

El dolor crónico

Sí No No sé

Inmunosupresion inducida por

Enfermedades, medicamento o radiación

Diabetes. Indique que tipo:

Tipo I (dependiente de insulina)

Tipo II

La sequedad bucal

Trastorno de la alimentación

en caso afirmativo, especifique _____

Epilepsia

Desmayos o Convulsiones

Reflujo Gastroesofágico

Glaucoma

hemofilia

Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática

Infecciones recurrentes

indique el tipo de infección _____

Problemas Renales

Presión arterial baja

Trastornos de la salud mental.

en caso afirmativo, especifique _____

Desnutrición

Migrañas

Sudores Nocturnos

La Diarrea Persistente

Sí No No sé

Los trastornos neurológico

en caso afirmativo, especifique _____

Osteoporosis

Inflamación persistente de las glándulas

Problemas Respiratorios

especifique:

Enfisema

Bronquitis, etc.

Dolores de cabeza severos

Pérdida de peso severa o rápida

Enfermedad transmitida sexualmente

problemas de sinusitis

trastornos del sueño

Llagas o úlceras en la boca

Stroke

lupus eritematoso sistémico

problemas de la tiroides

Tuberculosis

Úlceras

Urinación excesiva

¿Tiene usted una enfermedad, condición o problema que no fue mencionada anteriormente de la que debemos saber

Por favor, explique: _____

Firma de Paciente / Guardian Legal

Fecha

Para completar por el dentista

Comments on patient interview concerning health history _____

Significant findings from questionnaire or oral interview _____

Dental management considerations _____

Firma de Dentista

Fecha

Salud Historia actualización: Sobre una base regular, el paciente debe ser interrogado acerca de los cambios de la historia clínica, fecha y observaciones anotadas, junto con la firma.

Fecha

Comentarios

Firma de Paciente y Dentista