

CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Doctor familiar: _____

Médico Especialista: _____

- ¿Está bajo el cuidado de un médico ahora? SI No
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía? SI No
- ¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o cuello? SI No
- ¿Está tomando medicinas, pastillas o drogas? SI No

Describe:
Describe:
Describe:

Haga una lista de los medicamentos que está tomando:

1.	2.	3.	4.
5.	6.	7.	8.

¿Regularmente toma medicina herbal o suplementos dietéticos? SI No Marque lo que aplique → Echinacea Ajo Jengibre Kava Valeriana
Feverfew Gingko Ginseng St. Johns Wort Vitamina E

Usa tabaco? SI No

Si es así, que tan interesado/a esta en dejar de usar tabaco? Marque uno → Muy Interesado Poco interesado No Interesado
Mujeres: Embarazada/Tratando? Meses de Embarazo: _____ Está Lactando?

¿Tiene reacción alérgica a lo siguiente?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestesia Local Otro _____

¿Tiene o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?					* Condición puede requerir premedicación
<input type="checkbox"/> SIDA/HIV Positivo	<input type="checkbox"/> llagas o ampollas labiales	<input type="checkbox"/> Fallo/Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja	<input type="checkbox"/> Herpes Zoster (Shingles)	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Trastorno Congénito Cardíaco *	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes (Sickle Cell)	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Convulsiones/ Ataques	<input type="checkbox"/> Marcapaso en el Corazón	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Sinusitis	
<input type="checkbox"/> Angina de Pecho	<input type="checkbox"/> Medicina Cortisona	<input type="checkbox"/> Problemas/Enfermedades Cardíacas*	<input type="checkbox"/> Prolapso de Válvula Mitral	<input type="checkbox"/> Bazo Extirpado	
<input type="checkbox"/> Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Diabetes TIPO 1 o 2	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Trasplante de Órgano*	<input type="checkbox"/> Terapia con Esteroides	
<input type="checkbox"/> Válvula Artificial del Corazón*	<input type="checkbox"/> Falta de Aliento facilmente	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Dolor en Articulaciones de la Mandíbula	<input type="checkbox"/> Enfermedad Estomacal/Intestinal	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Infarto Cerebral	
<input type="checkbox"/> Enfermedad en la Sangre	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación	<input type="checkbox"/> Endocarditis Subaguda Bacterial	
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Sed Excesiva	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Diálisis Renal	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/> Problemas Renales	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Tumores o Crecimientos	
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza Seguido	<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Cardiopatía Reumática	<input type="checkbox"/> Úlceras	
<input type="checkbox"/> Dolores en el Pecho	<input type="checkbox"/> Herpes Genital	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea	

*¿Tiene coyunturas artificiales? (Si tiene, conteste lo siguiente) SI NO Circule que Tipo: Cadera Rodilla Tobillo Hombro Otro _____

- a) ¿Cuanto tiempo ha tenido la coyuntura protésica (fecha de la cirugía) _____
- b) ¿La coyuntura ha sido reemplazada mas de una vez? SI NO
- c) ¿Ha tenido algún problema con la coyuntura desde que fue reemplazada? SI NO
- d) ¿Esta su sistema inmunológico suprimido por enfermedad, medicamentos o tratamientos? SI NO

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para osteoporosis?(ejemplo: Fosamax, Actonel, Boniva, Calcimar) SI NO

¿Alguna vez recibió terapia para reducir alto contenido de calcio en la sangre (terapia con bisfosfonato)?(ejemplo: Aredia intravenosa, Zometa) SI NO

¿Está tomando (o ha tomado) Xgeva (Denosumab)? SI NO

a) Si es así, ¿alguna vez ha tenido dolor en la mandíbula, hinchazón y entumecimiento en la boca, dientes flojos o infecciones en las encías? SI NO

¿Tiene o ha tenido adicción a Drogas/Alcohol? SI NO

a) Si es así, ¿Que tipo? (ejemplo: Alcohol, Medicamentos recetados, Heroína, Metanfetamina, Cocaína, Marihuana) Otra _____

¿Ha tenido alguna enfermedad seria no mencionada anteriormente? SI NO

¿Cuántas bebidas azucaradas toma al día? _____ ¿Semana? _____

Comentarios

Historia Dental

Dentista Familiar Previo _____

¿Tiene alguna preocupación dental presente? Si No
Describe _____

Fecha del último examen dental completo _____

¿Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia? (frenos) Si No

¿Alguna vez ha sido tratado por enfermedad en las encías? Si No

¿Le sangran sus encías cuando se cepilla los dientes? Si No

¿Rechina o remacha sus dientes? Si No

¿Tiene dolor en los dientes con frecuencia? Si No

¿Tiene llagas en la boca con frecuencia? Si No

¿Ha tenido alguna lesión en la boca o en la mandíbula? Si No

Si es así, explique _____

¿Tiene algunas llagas o hinchazón en la boca o mandíbula? Si No

¿Está interesado en mantener sus dientes? Si No

¿Tiene Implantes Dental? Si No

Comentarios: _____

Con lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en éste formulario han sido respondidas con exactitud. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental algún cambio sobre mi salud.

X _____
Firma del Paciente, Padres o Guardián

X _____
Fecha

X _____
Doctor's Signature (Firma del Doctor)