

## River Hills Community Health Center

### CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Doctor familiar: \_\_\_\_\_ Farmacia \_\_\_\_\_

¿Está bajo el cuidado de un médico ahora?  Si  No Describa:

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una cirugía?  Si  No Describa:

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o cuello?  Si  No Describa:

¿Está tomando medicinas, pastillas o drogas?  Si  No **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

Mujeres:  ¿Embarazada/Tratando? Meses de Embarazo: \_\_\_\_\_  ¿Está Lactando?

#### **Alérgica**

¿Tiene reacción alérgica a lo siguiente?

Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestesia Local  Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades?

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

**Comentarios**

---



---



---

- \*¿Tiene coyunturas artificiales? (Si tiene, conteste lo siguiente)  Si  No Circule que Tipo: Cadera Rodilla Tobillo Hombro Otro
- ¿Pre Medicamento?  Si  No
- a) ¿Cuanto tiempo ha tenido la coyuntura protésica (fecha de la cirugía) \_\_\_\_\_
- b) ¿Necesita tomar antibioticos antes de tratamiento dental?  Si  No
- c) ¿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)  Yes  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? \_\_\_\_\_
- ¿Si ha tenido cancer, ha recaído? \_\_\_\_\_ ← Elegir Uno →
- ¿Toma Adelgansante De Sangre?  Si  No
- ¿Usa tabaco?  Si  No
- Cuantas Veces / Que Tipo Ejemplo: cigarros, tabaco para masticar \_\_\_\_\_
- ¿Si es así, que tan interesado/a esta en dejar de usar tabaco? Marque uno  Muy Interesado  Poco interesado  No Interesado

## Historia Dental

Dentista Familiar Previo \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación dental presente? .....  Si  No

Describa \_\_\_\_\_

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

¿Tiene Dentaduras o placas parciales? .....  Si  No

¿Tiene sensibilidad a \_\_\_\_\_? .....  Si  No

¿Le despierta por la noche? .....  Si  No

¿Cuantas bebidas con azucar bebe per dia? \_\_\_\_\_ ¿Semana? \_\_\_\_\_

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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente, Padres o Guardián

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Paciente, y escribir Nombre de Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Doctor's Signature (Firma del Doctor)