



Según lo exige la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujetas a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que puede haber preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

Nombre del Paciente: Apellido                      Primer Nombre                      Inicial			SSN o PT ID:	Fecha De Nacimiento:																				
Dirección: Casilla PO o dirección postal			Estado                      Código Postal	Ciudad																				
Ocupación:			Altura:	Peso:																				
Teléfono: (        )                      (        ) Casa    Trabajo			Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No conforme al genero <input type="checkbox"/>																					
¿Estás completando este formulario para otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Contacto de emergencia																					
Si es así, nombre?			Si es así, ¿relación?																					
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas? <b>(Marque NS si no sabe la respuesta a la pregunta)</b> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;"><b>Si</b></td> <td style="text-align:right;"><b>No</b></td> <td style="text-align:right;"><b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>1. Tuberculosis activa?</td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. Tos persistente mayor a una duración de tres semanas?</td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. Tos que produce sangre?</td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. Expuesto a cualquier persona con Tuberculosis?</td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>	1. Tuberculosis activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Tos persistente mayor a una duración de tres semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Tos que produce sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Expuesto a cualquier persona con Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>																					
1. Tuberculosis activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
2. Tos persistente mayor a una duración de tres semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
3. Tos que produce sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
4. Expuesto a cualquier persona con Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
<b>Si responde afirmativamente a cualquiera de los cuatro preguntas anteriores, DETÉNGASE y envíe este formulario a la recepcionista.</b>																								
Indique el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Medico: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____																								

## Información médica *Marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

<b>Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a</b>							
	Si	No	NS		Si	No	NS
Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos/sedantes/pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Goma de (látex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Anestesia local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Drogas Sulfa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es así u otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

<b>Medicamentos:</b>	Si	No	NS
¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre? De ser así, enumere todos, incluidas las vitaminas, las preparaciones naturales o herbales y / o los suplementos dietéticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____			
_____			

<b>Historia de Salud:</b>	Si	No	NS		Si	No	NS
¿Usas lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas sustancias controladas (drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Reemplazo de la articulación.</b> ¿Ha tenido un reemplazo de articulación total ortopédica (cadera rodilla, codo, dedo) Cuando?: _____ Si afirmativo, ha tenido alguna complicación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consume Tabaco (fuma, mastica, bidis)? Si es así, le interesa dejar de usar tabaco? (Circule uno) <b>Muy interesado(a)/ MAS O MENOS interesado(a) / NO me interesa</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando o programado para comenzar a tomar cualquiera de los medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas En caso afirmativo, ¿cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____ la semana pasada? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historial de Salud (continuación):	Si	No	NS		Si	No	NS
¿Estás en buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido una enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? Nombre del médico: _____ Número de teléfono: _____ Dirección: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o problema? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el año pasado? Si es así, ¿qué condición está siendo tratada? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha del último examen físico: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde 2001, ¿recibió tratamiento o está actualmente programado para comenzar el tratamiento con Bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas que resultan de la enfermedad de Paget, Mieloma Múltiple o Cáncer Fecha en que comenzó el tratamiento: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>MUJER SOLAMENTE</b> ¿Estás embarazada?? ¿Número de semanas? _____  Tomando anticonceptivos o reemplazo hormonal?  Amamantar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Información Medica Marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas:**

	Sí	No	NS		Si	No	NS
Válvulas del corazón artificiales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa previa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden alimenticio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en el corazón trasplantado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía Congénita .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía Congénita con cianosis sin reparar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G.E. Reflujo / persistente acidez estomacal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparación completa en los últimos 6 meses .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía reparado con defectos residuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Excepto por las condiciones enumeradas anteriormente, la profilaxis con antibióticos ya no se recomienda para ninguna otra forma de enfermedad coronaria</i>				Derrames Cerebrales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si afirmativo, cuando? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección de VIH .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o Mareos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos Neurológicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoide .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del sueño .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus Eritematoso .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistémico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones Recurrentes....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Riñón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores Nocturnos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer/Quimioterapia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tratamiento de radiación ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dolor de pecho con esfuerzo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

	Si	No	NS		Si	No	NS
Problemas de historia familiar? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿tiene alguna enfermedad, afección o problema que no fue mencionado anteriormente? _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: : _____ Teléfono : ( _____ ) _____ - _____			

¿Cuál es el motivo de su visita dental hoy? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo te sientes con tu sonrisa? \_\_\_\_\_  
 Cuan a menudo te cepillas los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia visita al dentista?? \_\_\_\_\_ Fecha de su último examen dental: \_\_\_\_\_  
 ¿nombre de ultimo dentista? \_\_\_\_\_ Fecha de sus últimas radiografías dentales: \_\_\_\_\_

Historia Dental:	Si	No	DK		Si	No	DK	
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes dolores de oído o dolores en el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tienes dientes sueltos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Sufres de mal aliento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún clic, estallido o incomodidad en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Se atrapa la comida o el hilo dental entre los diente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Brux o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tienes la boca seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tienes llagas o úlceras en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de las encías)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usas dentaduras postizas o parciales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Participas en actividades recreativas activas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿ha tenido algún problema asociado con el tratamiento dental previo??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está fluorado el suministro de agua de su hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿está teniendo dolor o malestar dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Bebes agua embotellada o filtrada? Si es así, ¿con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificaría su dolor?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Encierra en un círculo uno: <b>DIARIAMENTE / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE</b>								1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

OTA: se alienta tanto al médico como al paciente para que hablen de todos los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.  
 Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal dependerán de esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tomen o que no tomen debido a errores u omisiones que pueda haber cometido  
 Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para completar por dentista:**  
**Review of Systems: ( HEENT, GI, Resp, GU, MS, Endo, Skin, Neuro, Hemo)**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Contradictions to Dental Treatment(s):**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Signature of Dentist **Reviewed by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Medical History Review:**

1	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	
2	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	
3	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	
4	Patient Signature:		Date:	
	Reviewing Dentist Signature:		Date:	