



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery

Programas Públicos de Salud Dental

Información del historial médico y dental del paciente

Fecha de hoy: ___/___/___

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Domicilio postal: _____ Ciudad : _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español
_____ ☐ Otro: _____

Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Transgénero- se identifica como mujer ☐ Transgénero-se identifica como hombre ☐ Prefiero no contestar

Si está completando el formulario en nombre de otra persona, ¿cuál es su nombre y la relación con esa persona?

Nombre: _____ Relación: _____

Si firma este formulario en calidad de representante personal del paciente: Declaro y garantizo que tengo pleno derecho y autoridad legal para consentir la realización de cualquier procedimiento a este paciente. Si por alguna razón ya no tengo tal derecho y autoridad legal, lo notificaré de inmediato por escrito al consultorio.

HISTORIAL DENTAL Y SÍNTOMAS

¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?

Actualmente experimenta algún dolor o malestar dental? ☐ Sí ☐ No Si es así, dónde?

Cuándo fue el último examen dental? ___/___/___ Cuándo fue la última vez que le realizaron radiografías dentales? ___/___/___

Marque la casilla con una «X» SOLO si se aplica a usted.

Le cuesta abrir la boca? <input type="checkbox"/>	Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? <input type="checkbox"/>
Le duele al masticar, morder o tragar? <input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió: _____
Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? <input type="checkbox"/>	_____
Sus dientes son sensibles al frío, calor, dulce o presión? <input type="checkbox"/>	_____
Se ha sometido alguna vez a tratamientos periodontales (de encías) como limpieza profunda? <input type="checkbox"/>	Ha tenido problemas con el tratamiento dental en el pasado? <input type="checkbox"/>
Tiene, o alguna vez ha tenido, llagas o protuberancias en la boca? <input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido: _____
Aprieta o hace rechinar los dientes? <input type="checkbox"/>	_____
Siente algún chasquido, crujido o dolor en la mandíbula? <input type="checkbox"/>	Alguna vez ha tenido una reacción o un problema con la anestesia dental? <input type="checkbox"/>
Tiene dolores de oído o de cuello? <input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido: _____
Tiene problemas para comer (dificultad para masticar, vomita, etc.)? <input type="checkbox"/>	_____
Tienes puentes o usas dentaduras postizas o parciales? <input type="checkbox"/>	El tratamiento dental lo pone nervioso? <input type="checkbox"/>
	Tiene algún obstáculo para limpiar o cuidar sus dientes?..... <input type="checkbox"/>

EL PACIENTE TIENE ALGÚN TIPO DE NECESIDADES ESPECIALES

Físicas o mentales ☐ Sí ☐ No Si hay una persona encargada de los cuidados diurnos del paciente, sírvase indicar su nombre: _____

Adaptaciones necesarias: ☐ Rampa, camino o entrada para sillas de ruedas ☐ Intérprete

☐ Intérprete de lenguaje de señas ☐ Acompañante o persona encargada de los cuidados del paciente

Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una "X". Si No ?

Toma algún anticoagulante (como warfarina [Coumadin®], rivaroxabán [Xarelto®], dabigatrán [Pradaxa®], clopidogrel [Plavix®], heparina o aspirina)?.....

Si es así, ¿qué medicación toma? _____

Toma alguna medicación para tratar la osteoporosis o la enfermedad de Paget? Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen alendronato (Fosamax®), risedronato (Actonel®), ibandronato (Boniva®), zolendronato (Reclast®) y denosumab (Prolia®)?.....

Si es así, ¿qué medicación toma? _____

Usa, o tiene previsto usar, medicación intravenosa (IV) para tratar el dolor de huesos, la hipercalcemia o las complicaciones óseas derivadas de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico?.....

Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen denosumab (Xgeva®), pamidronato (Aredia®) o zolendronato (Zometa®).

Si es así, ¿qué medicación toma? _____ Hace cuántos años que la toma? _____

Recibe terapia de sustitución hormonal?.....

Está tomando, ha tomado recientemente (dentro del último mes), o se supone que debe tomar algún medicamento?.....

En caso afirmativo, especifique los medicamentos, la dosis y la frecuencia. Incluso los que se venden sin prescripción, las vitaminas y los suplementos naturales o de otra índole. Adjunte una hoja aparte si necesita más espacio.

Medicamento Prescripción o sin receta	Dosis/Frecuencia	Medication Prescripción o sin receta	Dosis/Frecuencia

Yes No ?

Consuma algún tipo de tabaco o productos de nicotina (cigarrillo, cigarro, rapé, tabaco para mascar, bidi)?.....

Si es así, con qué frecuencia? ☐ A diario ☐ Varias veces por semana ☐ Todas las semanas ☐ A veces

Utiliza productos de vapeo?.....

Cuántas bebidas alcohólicas consume por semana? _____

Consuma sustancias controladas (drogas), incluida la marihuana, por motivos medicinales o recreativos?.....

Si es así, ¿qué sustancias? _____ Si es así, con qué frecuencia? ☐ A diario ☐ Varias veces por semana ☐ Todas las semanas ☐ A veces

La sustancia fue recetada por un médico? ☐ Sí ☐ No Si es así, por qué razones? _____

SOLO PARA MUJERES : Toma píldoras anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

Está embarazada? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____ Está en el periodo de lactancia? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____

ALERGIAS Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una "X". Es alérgico o ha tenido una reacción alérgica a:

Si No ?	Si No ?
Aspirina	Sulfamidas como el sulfametoxazol-trimetoprima (Septra, Bactrim),
Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir	eritromicina-sulfisoxazol, sulfasalazina (Azulfidine), eritromicina-
Codeína u otros narcóticos	sulfisoxazol (Eryzole, Pediazole) gluburida (Diabeta, Glynase PresTabs),
Fiebre del heno/alergias estacionales	dapsona, sumatriptán (Imitrex), celecoxib (Celebrex),
Yodo	hidroclorotiazida (Microzide) y furosemide (Lasix).....
Látex (caucho)	Otros
Anestésicos locales	Explique las respuestas afirmativas e incluya información sobre su experiencia
Metales	_____
Penicilina u otros antibióticos	_____

ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL

Le han mandado algún tratamiento para abordar problemas del comportamiento? ☐ Sí ☐ No De ser así, descríbalos brevemente _____

Tiene actualmente algún problema del comportamiento? ☐ Sí ☐ No De ser así, descríbalos brevemente _____

Está tomando algún tipo de medicamento para tratar afecciones relacionadas con la salud mental? ☐ Sí ☐ No De ser así, indique el nombre del medicamento y la dosis que toma _____



HISTORIAL MÉDICO Y QUIRÚRGICO Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una "X".									
Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una "X".									
Si No ?									
Tiene buena salud física?									
Actualmente está siendo atendido o tratado por un médico?									
Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de hacerse un tratamiento dental?.....									
Ha tenido alguna enfermedad grave, alguna operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?.....									
Se ha sometido a algún tipo de cirugía (ya sea total o parcial) de reemplazo articular (por ejemplo, de cadera, rodilla, hombro, codo, dedo, etc.)?									
Se ha sometido a un reemplazo de válvula cardíaca o a una cirugía cardíaca?									
Se ha sometido a algún trasplante de órgano o de médula ósea/células madre?.....									
Si ha respondido "sí" a alguna de las preguntas anteriores, explique:.....									
EN LAS ÚLTIMOS 30 DIAS, HA: Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una "X".									
Si No ?									
tenido dolor u opresión en el pecho?									
tosido sangre o ha tenido tos por más de 3 semanas?.....									
estado expuesto a alguien con tuberculosis?									
tenido un latido rápido o irregular?									
Si No ?									
tenido dificultades para recuperar el aliento									
tenido fiebre alta (más de 38.6 °C [101.5 °F]) sin motivo alguno?									
notado un cambio en la visión?.....									
desmayo sin motivo alguno?.....									
Si No ?									
tenido vómitos, diarrea, escalofríos, sudor nocturno o sangrado?									
tenido migrañas o dolores de cabeza fuertes?									
Fecha del último examen físico: ____/____/____									
Nombre del médico: Teléfono: _____									
Cuál es su presión arterial normal (sistólica, diastólica)? ____/____									
HISTORIAL MÉDICO ESPECÍFICO Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una "X".									
Padece o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones									
Si No ?									
Salud del corazón (cardíaca)									
Marcapasos/desfibrilador implantable									
Válvula cardíaca (protésica) artificial									
Endocarditis infecciosa anterior									
Cardiopatía congénita (CPC)									
CPC cianótica no reparada									
Reparada (por completo) en los últimos 6 meses.....									
CPC reparada con defectos residuales....									
Arteriosclerosis									
Enfermedad de las arterias coronarias									
Insuficiencia cardíaca congestiva.									
Válvulas cardíacas dañadas									
Ataque al corazón									
Soplo/trastorno del ritmo cardíaco									
Enfermedad cardíaca reumática									
Accidente cerebrovascular									
Salud de la respiración (respiratoria)									
Asma (EPOC)									
Bronquitis									
Enfisema									
Sinusitis									
Tuberculosis									
Salud de los ojos (visual)									
Glaucoma									
Si No ?									
Cáncer									
Tipo:									
Fecha de diagnóstico:									
Quimioterapia:									
Radioterapia:									
Salud de la sangre (circulatoria)									
Anemia									
Transfusión de sangre									
Si es así, qué fecha?									
Hemofilia									
Presión arterial alta o baja									
Salud del cerebro (neurológica)/mental									
Ansiedad									
Depresión									
Epilepsia									
Trastornos de salud mental									
Trastornos neurológicos									
Trastorno por estrés postraumático									
Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral									
Enfermedad autoinmune									
Sida o infección por VIH									
Fecha en la que se hizo la última prueba: de recuento de linfocitos T CD4.....									
de la carga viral									
Lupus									
Si No ?									
Diabetes									
Pre-Diabetes Tipo I Tipo II Gestacional									
Fecha en la que hizo la última prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c)									
Resultado de la última prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c)									
Salud digestiva									
Enfermedad gastrointestinal									
Reflujo gastroesofágico/acidez estomacal persistente (ERGE).....									
Úlceras estomacales									
Otros									
Artritis									
Dolor crónico									
Trastorno alimenticio									
Infecciones frecuentes									
Tipo de infección:									
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática									
Inmunodeficiencia									
Problemas renales									
Desnutrición									
Osteoporosis									
Artritis reumatoide									
Infección de transmisión sexual (ITS)									
Problemas de tiroides									
Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no figure en esta lista? Si es así, explique.									
He respondido a las preguntas anteriores de manera completa y precisa, y con mi mayor capacidad.									
Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____									
PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DENTAL									
Office Use Only: Medical Alert Premedication Allergies Anesthesia Reviewed by: _____ Date: _____									

