



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:	<input type="checkbox"/> Ingles	<input type="checkbox"/> Espanol
		<input type="checkbox"/> 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? Si 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"/>	Ha tenido problemas con el tratamiento dental en el pasado?	<input type="checkbox"/>
Se ha sometido alguna vez a tratamientos periodontales (de encías) como limpieza profunda?	<input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido:	_____
Tiene, o alguna vez ha tenido, llagas o protuberancias en la boca?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Aprieta o hace rechinar los dientes?	<input type="checkbox"/>	Alguna vez ha tenido una reacción o un problema con la anestesia dental?	<input type="checkbox"/>
Siente algún chasquido, crujido o dolor en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido:	_____
Tiene dolores de oído o de cuello?	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Tiene problemas para comer (dificultad para masticar, vomita, etc.)?	<input type="checkbox"/>	El tratamiento dental lo pone nervioso?	<input type="checkbox"/>
Tienes puentes o usas dentaduras postizas o parciales?	<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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si hay una persona encargada de los cuidados diurnos del paciente, sírvase indicar su nombre: _____
Adaptaciones necesarias: <input type="checkbox"/> Rampa, camino o entrada para sillas de ruedas <input type="checkbox"/> Intérprete
<input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje de señas <input type="checkbox"/> 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 ?

Consumo 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? _____

Consumo **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 ?

Aspirina

Sulfamidas como el sulfametoazol-trimetoprima (Septra, Bactrim),

Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir

eritromicina-sulfisoxazol, sulfasalazina (Azulfidine), eritromicina-

Codeína u otros narcóticos

sulfisoxazol (Eryzole, Pedazole) glburida (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, describalo brevemente _____

Tiene actualmente algún problema del comportamiento? Sí No De ser así, describalo 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".

- Tiene buena salud física? Si No ?
- Actualmente está siendo atendido o tratado por un médico? Si No ?
- Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome **antibióticos** antes de hacerse un tratamiento dental? Si No ?
- Ha tenido alguna **enfermedad grave, alguna operación o ha sido hospitalizado** en los últimos 5 años? Si No ?
- 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.)? Si No ?
- Se ha sometido a un **reemplazo de válvula cardíaca o a una cirugía cardíaca**? Si No ?
- Se ha sometido a algún **trasplante de órgano o de médula ósea/células madre**? Si No ?
- 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	?	Si	No	?	Si	No	?
tenido dolor u opresión en el pecho? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tenido dificultades para recuperar el aliento <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tenido vómitos, diarrea, escalofríos, sudor nocturno o sangrado? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tosido sangre o ha tenido tos por más de 3 semanas? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tenido fiebre alta (más de 38.6 °C [101.5 °F]) sin motivo alguno? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tenido migrañas o dolores de cabeza fuertes? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estado expuesto a alguien con tuberculosis? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	notado un cambio en la visión? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
tenido un latido rápido o irregular? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desmayo sin motivo alguno? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Fecha del último examen físico: _____ / _____ / _____

Cuál es su presión arterial normal (sistólica, diastólica)? _____ / _____

Nombre del médico: Teléfono: _____

HISTORIAL MÉDICO ESPECÍFICO Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una "X".

Padece o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones

Salud del corazón (cardíaca)	Si	No	?	Cáncer	Si	No	?	Diabetes	Si	No	?
Marcapasos/desfibrilador implantable <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Válvula cardíaca (protésica) artificial <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha de diagnóstico: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pre-Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo I <input type="checkbox"/> Tipo II <input type="checkbox"/> Gestacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endocarditis infecciosa anterior <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Quimioterapia: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha en la que hizo la última prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiopatía congénita (CPC) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Radioterapia: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultado de la última prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CPC cianótica no reparada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Salud de la sangre (circulatoria)				Salud digestiva			
Reparada (por completo) en los últimos 6 meses <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Anemia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CPC reparada con defectos residuales.... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Transfusión de sangre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo gastroesofágico/acidez estomacal persistente (ERGE)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arteriosclerosis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si es así, qué fecha? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlcera estomacal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hemofilia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros			
Insuficiencia cardíaca congestiva. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Presión arterial alta o baja <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Válvulas cardíacas dañadas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Salud del cerebro (neuroológica)/mental				Dolor crónico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataque al corazón <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ansiedad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno alimenticio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplo/trastorno del ritmo cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depresión <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones frecuentes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca reumática <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Epilepsia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____			
Accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Trastornos de salud mental <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud de la respiración (respiratoria)				Trastornos neurológicos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma (EPOC) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Trastorno por estrés postraumático <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bronquitis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desnutrición <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfisema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Enfermedad autoinmune				Osteoporosis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sinusitis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sida o infección por VIH <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoide <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tuberculosis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fecha en la que se hizo la última prueba: de recuento de linfocitos T CD4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de transmisión sexual (ITS) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salud de los ojos (visual)				de la carga viral _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glaucoma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Lupus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

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: _____
