

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"/>	¿Ha tenido una enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos 5 años? 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"/>	MUJER SOLAMENTE ¿Estás embarazada?? ¿Número de semanas? _____ Tomando anticonceptivos o reemplazo hormonal? Enfermería?	<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:

	Si	No	NS		Si	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"/>	Glándulas Inflamadas Persistentes en el cuello	<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"/>	Dolores de cabeza severos / migrañas	<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"/>	Peso severo o rápido pérdida	<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"/>	Transmisión sexual	<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"/>	Enfermedad	<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"/>	Orinar excesivamente ...	<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"/>	Tobillos hinchados	<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"/>	Falta de aliento	<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"/>	Problemas de sangrado	<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"/>	Dificultad para tragar	<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"/>	Diarrea/ Estreñimiento/ Sangre en las heces.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desorden del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vómitos/Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA o infección de VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zumbido en los oídos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Autoinmunes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infeciones Recurrentes....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis Reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la piel ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus Eritematoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Riñón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudores Nocturnos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Tuberculosis	<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, condición o problema no mencionado anteriormente que crea que debería conocer? _____	<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 del ex dentista? _____ Fecha de las últimas radiografías dentales: _____

Historia Dental:	Sí	No	DK		Sí	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"/>										
¿Has tenido algún problema relacionado con el anterior ¿Tratamiento dental?	<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 experimentando actualmente dolor o molestias dentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
¿Bebes agua embotellada o filtrada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificaría su dolor?													
Si es así, ¿con qué frecuencia?					<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<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"/>
<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:					<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>												

DIARIAMENTE / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE

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 _____ Fecha: _____

Para completar por dentista:

Review of Systems: (HEENT, GI, Resp, GU, MS, Endo, Skin, Neuro, Hemo)

Contraindications: Medical Alert Premedication Allergies Anesthesia

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:	