

**CHP Dental Center**  
**Formulario de Historia Clínica y Dental**

*Se ha demostrado que la salud dental se vincula con la salud en general. Ciertos medicamentos y estados de salud podrían afectar a su salud dental y tratamiento. La información que Ud. proporcione es totalmente confidencial.*

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: M \_\_\_\_ / D \_\_\_\_ / A \_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_  
 Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  Prefiero no dar mi email  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Género:  F  M  
 Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**¿PADECE ALGO DE LO SIGUIENTE?** (Marque las casillas que correspondan):

	SÍ	NO	No sabe
Tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente por más de 3 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos que produce sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En contacto con alguien que padece la tuberculosis activa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SI RESPONDIÓ QUE SÍ A ALGO DE ARRIBA, POR FAVOR PARE AHORA Y VAYA CON LA RECEPCIONISTA.**

**HISTORIA DENTAL** (Marque las casillas que correspondan):

	SÍ	NO	No sabe
¿Tiene dolor de muelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Nota Ud. que sus encías sangran cuando se cepilla los dientes o usa el hilo dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Son sus dientes sensible a lo caliente o lo frío?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le truena la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ud. se restriega los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha experimentado algún problema con tratamientos dentales previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Si sí ¿que? _____
Fecha aproximada de su última consulta dental _____ ¿Qué se le hizo? _____			
¿Cuál es la razón de su consulta de hoy? _____			
¿Qué opina cuando Ud. sonríte? _____			

**HISTORIA CLÍNICA:**

Nombre del médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono del médico: \_\_\_\_\_  
 Fecha de última consulta médica: \_\_\_\_\_ Razón de la consulta: \_\_\_\_\_  
 ¿Esta Ud. actualmente bajo el cuidado de un médico?  Sí  No Si es sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha llegado a tener una enfermedad grave, accidente o la necesidad del cuidado intensivo?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Se le ha hospitalizado en los últimos cinco años?  Sí  No Si es sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Ha llegado a tomar antibióticos antes del tratamiento dental?  Sí  No Si es sí, ¿para qué? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido un reemplazo total de coyuntura?  Sí  No Si es sí ¿cuál? (ej: rodilla izquierda) \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 Si respondió que sí al reemplazo total de coyuntura, ¿quién es su cirujano ortopedista? Nombre \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene historial de alcoholismo y/o drogadicción?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Ha recibido tratamiento para alcoholismo o drogadicción?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 ¿Fuma tabaco o usa otros productos del tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_  
 Si Ud. actualmente consume tabaco, ¿le interesa dejarlo ahora?  Sí  No

(Nota: Entre otros recursos para dejar el tabaco se incluye el programa ofrecido en el Hospital Fairview y llamando al 1-800-QUIT-NOW)

**Que Ud. sepa, ¿le hace mal o tiene alergia a alguna medicina, anestésico, látex, metales o ciertos alimentos?**  Sí  No

**¿Ha llegado a tener una reacción a alguna medicina o se le ha aconsejado no tomar cierto medicamento?**  Sí  No

**Que Ud. sepa, ¿ha tenido Ud. o algún miembro de la familia problemas con cierto anestésico o sedante en el pasado?**  Sí  No

Si respondió que sí a alguna pregunta de aquí arriba, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**¿Tiene alergias o es sensible a algo?**  Sí  No Si respondió que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Favor de anotar toda la medicina que tome actualmente (incluya medicina recetada o sin receta, vitaminas y plantas medicinales):**

¿Actualmente toma o ha llegado a tomar bisfosfonatos?  Sí  No  No sabe Si es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
 ¿Actualmente toma algún adelgazador de sangre?  Sí  No Si es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**¿Ud. padece o ha llegado a padecer de lo siguiente?**

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Alzheimers (demencia).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catarro primaveral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad pulmonar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaquecas (severas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertermia maligna.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumatismo de cráneo/cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula artificial de corazón....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataque al corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marca pasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera, rodilla artificial u otra...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalía cardíaca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tos persistente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamiento psiquiátrico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis bacteriana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operación del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Ejemplos: depresión, ansiedad, neurosis, bipolaridad, etc.)		
Trastorno sanguíneo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones con facilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uso de estupefacientes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática/Escarlatina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tornillos/clavos/placas de metal...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad sexual transmitida...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina (dolor) de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto congénito del corazón....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alto nivel de colesterol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de esteroides/cortisona...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ronchas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embolia cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA positivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drogadicción.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema / COPD.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Hodgkin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia / Convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno inmunológico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis (TB).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmayo o mareo súbito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes febril / Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos glandulares.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del hígado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Glaucoma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Padece de otra enfermedad, condición o problema no indicado arriba?  Sí  No Si es sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**MUJERES:** ¿Está embarazada?  Sí  No  Quizás ¿Está amamantando?  Sí  No ¿Toma la píldora de control natal?  Sí  No

**Por favor, comprenda que los antibióticos pueden reducir la eficacia de las píldoras de control natal.**

*A mi leal saber y entender, toda respuesta e información que arriba doy es veraz y correcta. Si llego a tener algún cambio en mi salud o medicación, se lo informaré a la dentista o la higienista dental antes de cualquier tratamiento. Con mi firma autorizo el tratamiento para la persona arriba citada.*

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Escriba el nombre con letra de imprenta:** \_\_\_\_\_

Paciente  Padre/madre  Representante legalmente autorizado

**Para uso exclusivo de la oficina**

- BP/Pulse taken and entered into Dentrix
- Med Hx entered into Dentrix – including Pregnant, Nursing, Smoker/Tobacco User, Healthy Patient if no conditions reported, and Please See Clinical Notes if reported condition not listed in Dentrix
- Medications entered into Dentrix – including birth control pills, No Medications, or Other Meds See Clinical Notes if appropriate
- Allergies entered into Dentrix – No Known Drugs Allergies and Please See Clinical Notes used when appropriate

ASA Classification:  I  II  III\*  IV\* \*Medical Consult Requested?  Yes  No Date Requested \_\_\_\_\_

**Notes:**

Signature of Reviewing Doctor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_