

Formulario de Historia Clínica:



Correo electrónico:	La fecha de hoy:
---------------------	------------------

Bienvenido a Prime Dental Group. Apreciamos la confianza depositada en nosotros para su servicio dental. Para ayudarnos a servirle mejor, por favor complete la siguiente forma. La información proporcionada es importante para su salud dental. Si ha habido algún cambio en su salud, por favor díganos. Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla.

Nombre: <i>Apellido</i>		Primer Nombre		2do Nombre		Fecha de Nacimiento:	
Teléfono de Casa#:			Teléfono Celular#:			Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección: <i>Dirección de Casa</i>				Ciudad:		Estado:	Código Postal:
SSN:		Contacto para Emergencias :		Relación:		Teléfono #:	
Como escuchaste sobre nosotros? <i>Porfavor marca (x) tu respuesta.</i>							
<input type="checkbox"/> Comercial de TV		<input type="checkbox"/> 1800DENTIST		<input type="checkbox"/> Website/ Búsqueda		<input type="checkbox"/> Compañía de Seguro	
<input type="checkbox"/> Referencia Doctor		<input type="checkbox"/> Familia/Amigos		<input type="checkbox"/> Otros (Especifique):			

INFORMACIÓN DENTAL

Para las siguientes preguntas, por favor marque (x) su respuesta a las siguientes preguntas.

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Sus encías sangran al cepillarse o usar hilo dental? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿Siente algún dolor dental actualmente? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Son sus dientes sensibles al frío, calor, dulce o presión? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Alguna vez tiene dolor de oído o de cuello? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿La comida o el hilo dental se ator entre tus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Es tu boca seca? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Rechina los dientes? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido alguna vez gingivitis (encías)? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Tiene llagas o úlceras en la boca? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia(frenillos)? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Usted usa dentaduras o parciales? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha tenido algún problema asociado con el tratamiento dental previo? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Alguna vez has tenido una lesión grave en la cabeza o en la boca? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Es el agua fluorada en casa? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Fecha de su último examen dental: _____		
9. ¿Usted bebe agua embotellada o filtrada? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Fecha de la última radiografía dental: _____		
10. En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia? Marque (x):			20. ¿Qué se hizo en ese momento? Por favor, marque (x).		
<input type="checkbox"/> Diario	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	<input type="checkbox"/> Revisión	<input type="checkbox"/> Limpieza	<input type="checkbox"/> Otros Tratamientos

INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor, marque (x) su respuesta para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

Sí	No	Información del médico
1. ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? -----	<input type="checkbox"/>	Fecha del último examen físico: _____
2. ¿Está usted en buena salud? -----	<input type="checkbox"/>	Nombre del médico: _____
3. ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año? -----	<input type="checkbox"/>	Teléfono #: _____
4. En caso afirmativo, ¿En qué condición está siendo tratado?		Dirección: _____
5. ¿Ha tenido una enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	_____
6. En caso afirmativo, ¿Cuál fue la enfermedad o problema?		_____

HISTORIA MÉDICA

Por favor marque (x) su respuesta para indicar si tiene o no ha tenido las siguientes enfermedades o problemas:

	Sí	No
1. Problemas del corazón -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Presión arterial -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Soplo cardíaco -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Problema en las válvulas del corazón -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Toma medicamentos para el corazón -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Fiebre reumática -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Marcapasos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Válvula artificial del corazón -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas de la sangre -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Sangrado anormal -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Enfermedad de la sangre -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Ha requerido una transfusión de sangre? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Problemas alérgicos-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Fiebre del heno -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Sinusitis -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Erupciones en la piel -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Toma medicamentos contra las alergias -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Asma -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas intestinales -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Ulceras -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Aumento o pérdida de peso -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Estreñimiento / Diarrea -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) problemas de riñón o de vejiga -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemas en los huesos o articulaciones -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Artritis -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Dolor de espalda o cuello -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Reemplazo de la articulación (por ejemplo: la cadera total, o implantes) -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de la cirugía: _____		
¿Alguna complicación? _____		

	Sí	No
6. Diabetes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1) Orina más de 6 veces al día -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Sed o boca seca la mayor parte del tiempo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Antecedentes familiares de diabetes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Desmayos, convulsiones, epilepsia u otras enfermedades neurológicas? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Accidente cerebrovascular(ataque) -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dolores de cabeza frecuentes o graves-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Problemas de la tiroides -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tos persistente o inflamación de las glándulas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cáncer/Tumor -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La tuberculosis u otra enfermedad respiratoria -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. La hepatitis, ictericia o problemas con el hígado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. El herpes u otras enfermedades de transmisión sexual --	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. VIH-positivo / SIDA -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Glaucoma -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Usa lentes de contacto? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Historia de lesión en la cabeza? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Bebe alcohol? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuánto? _____		
21. ¿Fuma usted? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿cuánto? _____		
22. ¿Historia de abuso de alcohol o de drogas?-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Tiene alguna enfermedad o condición que no figuran que siente que deberíamos saber? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, por favor describa: _____		
24. Premedicación requerido por el médico -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del Médico: _____		

¿Está tomando algún medicamento?	Sí	No
1. antibióticos o sulfamidas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Anticoagulantes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Medicamentos para la presión arterial alta -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tranquilizantes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Insulina, Orinase o medicamentos similares -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aspirina -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Digitales o drogas para problemas cardíacos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nitroglicerina -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cortisona (esteroides) -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Remedios naturales -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicamentos/suplementos de venta libre -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____		

Alergias	Sí	No
1. Anestésicos locales -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Penicilina u otros antibióticos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sulfa drogas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Los barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Aspirina, acetaminofeno o ibuprofeno-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. codeína, Demerol u otros narcóticos-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Reacción a los metales -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Látex o de dique de goma -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros: _____		

Notas: _____

Sólo mujeres	Sí	No
1. ¿Está usted tomando anticonceptivos u otras hormonas? -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está embarazada? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, fecha prevista de entrega: _____		
3. Estas dando de lactar? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha llegado a la menopausia? -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿tiene algún síntoma? _____		

Fecha: _____ **Iniciales del Dentista:** _____

Firma del Paciente/Padres: _____