

HISTORIAL DENTAL/MÉDICO



Nombre del paciente: _____

Fecha actual: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la última visita dental: _____

Dentista anterior: _____

Motivo de la visita: _____

HISTORIAL DENTAL PARA TODOS LOS PACIENTES DENTALES:

Alguna vez tuvo algo de lo siguiente:

Mal aliento	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Encías con hemorragia/ hinchazón/ sensibles	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Fuma cigarrillos, pipa, cigarro/cig. electrónico	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Mandíbula con crujidos / Dolor de mandíbula	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sequedad bucal	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Rechinamiento/ Apretamiento de dientes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dientes sueltos o empastes rotos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sensibilidad a caliente/frío/dulces	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sensibilidad al morder	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

¿Con qué frecuencia usa hilo dental? Una vez al día Dos veces al día Varias veces al día Nunca Otro

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? Una vez al día Dos veces al día Varias veces al día Nunca Otro

HISTORIAL MÉDICO PARA TODOS LOS PACIENTES DENTALES:

Nombre del médico: _____

Fecha de la última visita: _____

Alguna vez tuvo algo de lo siguiente:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Anemia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Artritis/Reumatismo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Válvulas cardíacas artificiales	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Articulaciones artificiales	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Asma	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dependencia química	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas circulatorios	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Lesiones cardíacas congénitas	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tratamientos de cortisona	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tos, persistente o con sangre	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Diabetes (tipo)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfisema	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Desmayo/mareos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Resfriados o infecciones del oído frecuentes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Afecciones cardíacas/soplo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Hepatitis (tipo)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Herpes	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas inmunológicos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Trastornos de aprendizaje/prob. de conducta	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedad hepática/Cirrosis/Ictericia	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sarampión, paperas, varicela	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problema nervioso	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Abuso físico	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Neumonía	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tratamiento por radiación	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problema sinusal	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Dieta especial	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Derrame	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Pies o tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas estomacales/vómito frecuente	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Amigdalitis/faringitis estreptocócica frecuente	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Tumor o neoplasia en la cabeza o cuello	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Úlcera	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Otro	_____			

Medicamentos

Por favor, liste todos los medicamentos que actualmente toma y el motivo por el cual lo está tomando:

Medicamento

Motivo

¿Alguna vez usó medicamentos de bifosfonato? (Fosamax)

Sí No

Alergias

Aspirina	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Píldoras para dormir	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Codeína	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Yodo	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Látex	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

Anestesia local	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Penicilina	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Sulfa	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

INFORMACIÓN MÉDICA SOLO PARA PACIENTES DENTALES FEMENINOS:

¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Está en lactancia?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Está tomando píldoras anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

De ser así, fecha posible de parto: _____

INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL PARA PACIENTES DENTALES MENORES DE 10 AÑOS DE EDAD:

¿Es esta la primera visita del niño al dentista?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo tuvo algún trauma de dientes, boca, o rostro?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	Fecha: _____
¿Toma agua fluorada?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

¿Su hijo fue prematuro?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo nació con algún defecto congénito?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
¿Su hijo asiste a clases o escuelas especiales?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No

¿Alguna vez su hijo fue hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--	--------------------------	----	--------------------------	----

En caso positivo a alguna de las anteriores, por favor, explique:

Firma del paciente/ padre o tutor (si el paciente es un menor)

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente/ padre o tutor (si el paciente es un menor)

Walnut Street Community Health Center, Inc. opera en el mercado como Family Healthcare of Hagerstown (FHH). Este centro de salud recibe financiación mediante Servicios de Salud y Servicios Humanos (HHS) y es un beneficiario bajo el título 42 U.S.C. 254b. FHH tiene un estado considerado como Servicios de Salud Pública Federal (PHS) relacionado a ciertos reclamos de salud y relativos a la salud bajo el título 42 U.S.C. 233(g)-(n). Esto incluye los reclamos de negligencia médica para sí mismo y sus individuos con cobertura. FHH es una organización sin fines de lucro bajo la sección 501(c)3 del Código IRS. Esta institución es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.