

Cuestionario sobre la Historia de la Salud Dental
Choptank Community Health System, Inc.
Cuestionario sobre la Historia de la Salud Dental

Fecha:

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Marque Uno: _____ Hombre o Mujer

Médico Primario: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____

Alergias (Paciente):

¿Es usted alérgico al Latex? SI o NO

¿Es usted alérgico a alguna medicina? SI o NO

Si contestó (SI), por favor escriba el nombre de las medicinas: _____

Historial Médico (Paciente) (SI) si usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedades transmitidas sexualmente |
| <input type="checkbox"/> Angina/Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> VIH/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Afecciones de la Sangre/Hemofilia | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Afecciones del riñón/Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Moretones o Sangramiento fácil | <input type="checkbox"/> Problemas de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas del Hígado/Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problemas del estómago o intestinos |
| <input type="checkbox"/> Dolencias del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedades Vasculares | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> TDA/ADHD | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Psicosis Maniacodepresiva | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Embolia |
| <input type="checkbox"/> Problemas de desarrollo | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Desmayos |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios/COPD/Enfisema | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación |

Si contestó (SI) a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique:

¿Ha estado usted hospitalizado en los últimos cinco años? Indique Uno: SI o NO. Si contestó (SI), por favor escriba la fecha y la razón para la hospitalización:

Historial Médico de la Familia: SI, para miembros inmediatos de la familia (por ejemplo: hermanos, hermanas, padre, madre, abuelos, abuelas))

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Enfermedades Vasculares |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ataque al Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Anemia/Afecciones de la Sangre | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Enfermedades del Riñón/Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Problemas de Sangramiento/Hemofilia |

Si contestó (SI) a algunas de las preguntas anteriores, por favor explique:

Si usted contesta (SI) a algunas de estas preguntas, por favor indique con que frecuencia:

¿Usted usa, fuma o mastica tabaco? Si No Frecuencia _____

¿Toma usted alcohol regularmente? Si No Frecuencia _____

¿Usa o ha usado usted drogas alguna vez? Si No Frecuencia _____

Mujeres:

¿Está usted embarazada o planea estar embarazada o amamantando? Por favor explique:

Choptank Community Health System, Inc.
Cuestionario sobre la Historia de la Salud Dental

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ESCRIBA LAS MEDICINAS QUE USTED (EL PACIENTE) ESTA TOMANDO ACTUALMENTE:(*incluya las que toma “cuando es necesario” y las que compra “sin receta directamente del mostrador”*)

Nombre de la Medicina, Dosis, Veces al Dia	Nombre de la Medicina, Dosis, Veces al Dia

HISTORIA DENTAL

¿Cuál es la razón de su visita de hoy? _____

¿Tiene usted alguna registración dental previa? _____ Fecha de su última visita al dentista: _____

La razón de su última visita al dentista: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Tiene usted algún dolor en sus dientes o muelas? Si No
- ¿Están sus dientes sensitivos al calor, frío, dulces, o presión? Si No
- ¿Tiene algún diente suelto? Si No
- ¿Tiene usted alguna llaga o bulto en su boca? Si No
- ¿Usa usted alguna pieza dental removible (dentadura/retenedor)? Si No
- ¿Ha tenido usted alguna vez tratamiento ortodóntico (aparatos/retenedores)? Si No
- ¿Ha tenido usted algún problema después de una extracción (sangramiento/cavidad seca)? Si No
- ¿Ha tenido usted alguna vez un sangramiento anormal? Si No
- ¿Ha tenido usted alguna reacción alérgica/contraria a un tratamiento dental? Si No
- ¿Se ha desmayado usted alguna vez en una oficina dental? Si No
- ¿Ha tenido usted que tomar antibiótico alguna vez antes de un tratamiento dental? Si No
- ¿Tiene usted dolor y/o ruido seco en la articulación de la quijada alrededor de la oreja? Si No
- ¿Tiene sangramiento en las encías? Si No
- ¿Rechina usted sus dientes o aprieta sus quijadas? Si No
- ¿Tiene usted alguna otra queja dental? Si No

Llamar en caso de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Yo certifico que todas las respuestas a las preguntas sobre la salud son precisas y correctas a lo que yo sepa. Puesto que un cambio en una condición médica o un cambio en las medicinas puede afectar el tratamiento dental, yo entiendo la importancia de esto y estoy de acuerdo en notificar al dentista cualquier cambio durante cualquiera de mis siguientes visitas.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____