

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Cuál es la impresión de su salud en general? (Marque una):

- Excelente Bien Más o Menos Mal

Edad _____ años Estatura _____ pulgadas Peso _____ libras

Género: Masculino Femenino Otro Pronombres preferidos _____**¿Padece o ha padecido de algunas de las condiciones siguientes?***Marque todas las que apliquen. Marque "NO" si no le aplican a usted.**Favor de describir las condiciones que tiene*Alergias

- NO tengo ninguna alergia o sensibilidad
 Alergia al Látex
 Alergias a medicamentos
 Alergias a alimentos
 Otras alergias

Si marco arriba, por favor de más detalles: _____

Problemas de respiración o del sueño

- NO tengo problemas de respiración o del sueño
 Asma
 Bronquitis
 COPD (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 Dificultad al respirar/ falta de aire
 Tos productiva (con flema)
 Infección respiratoria reciente
 Dependencia de Oxígeno (O₂)
 Alergias de temporada
 Apnea del sueño
 Ronquidos
 Deja de respirar cuando está dormido
 Soñoliento durante el día
 Se despierta más de dos veces por la noche
 Otros problemas de respiración o de dormir

Si marco algo arriba, explique: _____

Problemas del corazón o de circulación

- NO tengo problemas del corazón o de circulación
 Alta presión
 Dolor de pecho/Angina
 Ataque al corazón
 Fallo cardíaco/insuficiencia cardíaca congestiva
 Latidos irregulares/Arritmias
 Cirugías del corazón
 Soplo cardíaco
 Baja tolerancia al ejercicio
 Marcapasos/Desfibrilador
 Colesterol Alto
 Otros problemas del Corazón o de Circulación

Si marco algo arriba, explique: _____

Problemas del estómago o digestivos

- NO tengo problemas del estómago o digestivos
- Reflujo gástrico/Agruras
- Úlceras en el estómago/ulcera péptica
- Hernia hiatal
- Enfermedad del hígado/ cirrosis del hígado
- Vómitos frecuentes
- Otros problemas estomacales o digestivos

Si marco algo arriba, explique: _____

Infecciones crónicas

- NO tengo ninguna infección crónica
- VIH, conteo de CD4/célula T: _____ Carga viral: _____
- Tuberculosis
- MRSA o VRSA (infección de estafilococo resistente a la metilina)
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- VPH oral (virus de papiloma humano)
- Herpes labial/Ampolla febril
- Otro tipo de infecciones

Si marco algo arriba, explique: _____

Problemas hormonales o de los riñones

- NO tengo problemas hormonales o de los riñones
- Diabetes
 - Tipo 1 o 2: _____ Ultimo HbA1c: _____ Ultima glucosa sanguínea _____
 - ¿Depende de la insulina? SI NO
- Enfermedad de los riñones/fallo renal
- Diálisis renal
 - Programa de diálisis: _____
- Cálculo (piedra) renal/biliar
- Enfermedad de la tiroides
- Obesidad
- Otros problemas hormonales

Si marco algo arriba, explique: _____

Problemas de salud mental

- NO tengo ningún problema de salud mental
- Historial psiquiátrico
- Depresión o ansiedad
- Estoy bajo tratamiento para una condición psiquiátrica
- Otros problemas mentales

Si marco algo arriba, explique: _____

Problemas del cerebro o del sistema nervioso

- NO tengo problemas del cerebro o del sistema nervioso
- Embolia cerebral/Ataque cerebrovascular
- TIA (Ataque Isquémico Transitorio)
- Convulsiones/Epilepsia
- Dolores de cabeza/Migrañas
- Esclerosis múltiple
- Otros problemas neurológicos

Si marco algo arriba, explique: _____

Trasplantes o problemas de autoinmunidad

- NO tengo problemas de Autoinmunidad
- Artritis
- Reemplazo de articulación ¿Cuándo? _____ ¿Qué tipo? _____
- Síndrome de Sjogren's
- Enfermedad autoinmune
- Trasplante de órgano: ¿Cuándo? _____? ¿Qué tipo? _____
- Otro _____

Si marco algo arriba, explique: _____

Sangre (Problemas hematológicos)

- NO tengo problemas hematológicos (de la sangre)
- Anemia
- Problemas de Coagulación
- Sangramiento excesivo después de cirugías
- Uso medicamentos para diluir la sangre (anticoagulantes)
¿Su último tiempo de coagulación (INR)? _____
- Fibrilación Auricular (A-fib)
¿Su último tiempo de coagulación (INR) u otro tratamiento? _____
- Otros problemas hematológicos

Si marco algo arriba, explique _____

Cáncer o tratamiento para el cáncer

- NO tengo cáncer o he recibido tratamiento para el cáncer
- Cáncer: ¿Cuándo?: _____ ¿Qué tipo? _____
¿Qué tipo de tratamiento ha recibido? _____

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? SI NO ¿Cuándo/Razón? _____

¿Ha visitado la sala de emergencias en los últimos 5 años? SI NO Explique: _____

¿Es posible que este embarazada?

- NO
- Estoy embarazada ¿Cuándo da a luz? _____
- ¿Está dando el pecho? SI NO

¿Tiene alguna otra enfermedad, condición o problema de la cual no le hemos preguntado?

- NO
- SI, explique:

Historial Médico de Adultos

Expediente #: _____

Por favor, enumere todos los medicamentos que toma. Adjunte una hoja separada si necesita más espacio. (También puede proveernos una lista impresa)

Medicamentos recetados	Dosis	Frecuencia	Razón

De Venta Libre	Dosis	Frecuencia	Razón

Enumere todos los suplementos, medicinas a base de hierbas y homeopáticos que toma:

Suplementos/Hierbas	Dosis	Frecuencia	Razón

¿Ha tomado, está tomando o está programado a tomar biofosfonatos (como Zometa, Aredia, Fosamax) para cáncer del hueso u osteoporosis severa? SI NO

Explique: _____

¿Ha tomado, está tomando o está programado a tomar biofosfonatos intravenosos (como Didronel, Boniva, Actonel, Skelid) u otro tipo de medicamento para preservar hueso (como Denosumab) para la osteoporosis?

Explique: _____

Drogas, medicamentos homeopáticos o de hierbas

NO uso drogas, ni medicamentos homeopáticos o de hierbas

Alcohol

Tabaco

Cannabis/Marihuana

Medicamentos de hierbas

Otros

Si marco algo arriba, describa su uso _____

¿Está ahora o ha estado bajo atención medica de un especialista?

¿Cuándo fue su última visita a un médico? _____

¿Cuál fue el motivo de la visita? _____

¿Necesita tomar medicamentos antes de obtener tratamiento dental? SI NO

Si es así, ¿Por qué razón? _____

¿Tomó medicamentos antes de la visita de hoy? SI NO

Si es así, ¿que tomó? _____

¿Este medicamento ha sido recetado por un médico o proveedor de salud? SI NO

Si es así, Nombre de medico: _____

Número de teléfono: _____

Dirección del médico: _____

Información del médico y farmacia

Nombre del médico de cabecera: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Farmacia preferida: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Historial Social

Si desea, le podemos asignar un trabajador social para asistirle en algunas de sus necesidades sociales. Por favor, responda a las siguientes preguntas.

¿Está pasando por dificultades en alguna de las siguientes áreas de su vida? (Favor de marcar todas las que aplican):

- NO
- Desempleo/Limitaciones económicas
- Salud mental
- Consumo de drogas
- Consumo de alcohol
- Problemas de salud sin tener médico de cabecera
- Problemas familiares (muerte, divorcio, violencia doméstica, etc.)

En caso de que tuviera dificultad para completar su tratamiento, ¿cuál sería la razón? (Favor de marcar todas las que aplican):

- Miedo o ansiedad
- Falta de alojamiento
- Falta de comida
- Falta de tiempo
- Falta de transporte
- Falta de fondos/costo del tratamiento
- Otras _____

Si respondió a alguna de estas preguntas, ¿le gustaría hablar con uno de nuestros trabajadores sociales? SI

NO

Historial Dental

¿Ha visitado a un dentista en los últimos 5 años?

NO

Sí, la razón de la visita fue: _____

¿Le han tomado radiografías (rayos X) en los últimos 2 años? SI NO

¿A quién podemos contactar para obtener sus records? (Nombre del dentista o proveedor dental y número de teléfono) _____

¿Por qué razón desea cuidado dental ahora? (La razón principal de su visita hoy)

¿Cuál es el objetivo final para su boca? _____

¿Qué tipo de pasta dental, hilo dental o "wáter pik" utiliza? _____

En la siguiente lista, marque todas las que aplican:

Tengo necesidades inmediatas: _____

Tengo dolor ahora mismo ¿Dónde?) _____

He tenido tratamiento periodontal/cirugía

Mis encías están irritadas y sensitivas

Evito cepillarme ciertas áreas en mi boca

Me sangran las encías cuando me cepillo

Se me atrapa comida entre los dientes

Tengo sabor desagradable o mal aliento en mi boca

Tengo un crecimiento o hinchazón en la boca

Me salen con frecuencia llagas o úlceras en las encías, cachetes o labios

He notado que tengo dientes flojos o móviles

He tenido una reacción rara o adversa a la anestesia dental

Describe la reacción: _____

Me han hecho limpieza profesional de dientes

¿Con cuanta frecuencia? _____

He recibido instrucciones de como limpiarme lo dientes

No estoy satisfecho(a) con la apariencia de mis dientes

No estoy satisfecha(a) con mi sonrisa

Estoy frustrado(a) porque necesito mucho tratamiento dental debido a enfermedad dental

He tenido problemas serios con tratamiento dental en el pasado

Me pongo ansioso por el tratamiento dental

Me preocupa el costo financiero que se requiere para tener una salud oral excelente

Quiero aprender a controlar mi enfermedad dental para preservar mis dientes y salud oral

Historial de dolor en la articulación de la mandíbula

¿Ha tenido dolor o rigidez en la mandíbula o en la cabeza en los últimos 30 días?

- NO tengo dolor
- Tengo dolor que viene y se va
- Tengo dolor constante
- Tengo rigidez en la mandíbula al despertar

De las siguientes actividades ¿Cuáles empeoran o mejoran el dolor en la mandíbula o en la cabeza?

- Mascar alimentos duros: **mejor / peor /no hay cambio**
- Abrir la boca o mover la quijada de lado a lado: **mejor / peor /no hay cambio**
- Apretar, rechinar, mascar chicle o juntar los dientes: **mejor / peor /no hay cambio**
- Hablar, besar o bostezar: **mejor / peor /no hay cambio**
- No tengo ningún dolor con ninguna de estas actividades

Por favor, revise la siguiente lista y marque todas las que apliquen:

- Sufro de dolores de cabeza crónicos
 - Tengo dolor de cuello crónico
 - He notado que la mandíbula me truena, chasquea o hace ruidos
 - A veces me timbran los oídos o me duelen
 - Aprieto los dientes durante el día
 - Me han dicho que rechino los dientes por la noche
 - Me despierto sintiendo los dientes o mandíbula adoloridos
 - Me cuesta trabajo abrir la boca grande
 - A veces se me atora la mandíbula
 - A veces siento que mi mordida esta diferente, incomoda o inestable
 - He buscado tratamiento para la mandíbula(TMJ)
 - Mi mandíbula me afecta la habilidad para masticar
 - No tengo ninguno de estos problemas
-