



ANTECEDENTES DE SALUD PARA SERVICIOS DENTA

Llene con tinta azul o negra

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento del paciente: _____
 Número de Seguro Social del paciente: _____
 Dirección del paciente: _____
 Teléfono del paciente: () _____

Lista de medicamentos:

General:

- ¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? _____
- ¿Ha habido cambios en el estado de salud el año anterior? Sí No
- ¿El paciente está bajo el cuidado de un doctor? Sí No
 Si la respuesta es sí, explique: _____
 Nombre del doctor: _____
- Lista de todas las cirugías: _____
- Antecedentes médicos: (Encierre en un círculo todos los que apliquen)**
 El paciente es saludable Trastorno de déficit de atención c/hiperactividad
 Artritis Articulaciones artificiales Anemia Asma Diabetes
 Convulsiones/Desmayos Enfermedad del hígado/ictericia Hepatitis
 VIH/SIDA Enfermedad del corazón Presión sanguínea elevada
 Presión sanguínea baja Tuberculosis Infecciones del oído frecuentes
 Enfermedades de transmisión sexual Discapacidad mental
 Discapacidades del aprendizaje Enfermedades del riñón/vejiga Cáncer*
 Otros padecimientos: _____
 Explique lo que marcó: _____
- *¿El paciente recibió quimioterapia o radiación? Sí No
- ¿Ha tenido el paciente lesiones graves en la cabeza/cara/mandíbula? Sí No
 Si la respuesta es sí, explique: _____
- ¿Ha tenido el paciente un sangrado anormal debido a una lesión, cirugía o extracción dental? Sí No
 a- ¿Ha recibido el paciente una transfusión de sangre? Sí No
 b- ¿Tiene el paciente trastornos de la coagulación? Sí No
 Si la respuesta es sí, explique: _____

Antecedentes sociales:

- Deportes activos: (lista de los deportes o indique N/A) _____
- Abuso de sustancias: (encierre en un círculo todas las que apliquen)
 N/A Alcohol Cocaína Metanfetamina Cigarrillos Cigarrillos-E
 Tabaco de mascar Drogas sintéticas Marihuana Pastillas/Medicina
 Otros: _____
 ¿Cuándo usó la sustancia por última vez? _____
- Alergias: (Encierre en un círculo todos los que apliquen)**
 N/A Lidocaína Penicilina Sulfas Sedantes/pastillas para dormir
 Aspirina Yodo Codeína Látex Níquel Alergias por el clima
 Otra medicina/sustancia: _____
- ¿Ha tomado el paciente medicinas como Fosamax, Boniva o Actonel para la osteoporosis u osteopenia (huesos quebradizos)? Sí No
- a- ¿Cuántas bebidas con azúcar consume al día? _____
 b- ¿Cuánta agua consume al día? _____
- a- ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? _____
 b- ¿Cada cuánto usa el hilo dental? _____
- Pacientes del sexo femenino:**
- ¿Está embarazada o hay probabilidades de que lo esté? Sí No
- ¿Está usando anticonceptivos? Sí No
 Si la respuesta es sí, tipo de anticonceptivo: _____
- Contacto en caso de emergencia:**
- Contacto de emergencia: _____
 Parentesco: _____
 Número de teléfono: () _____
- Notas adicionales:** _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD

Por este medio doy mi consentimiento a todas las visitas necesarias para que el paciente _____ reciba una evaluación oral, tratamiento dental, tratamiento de seguimiento para mantenimiento, transporte para los servicios, y para la divulgación de información de condiciones de salud a agencias oficiales y/o doctores particulares. Hasta donde sé, las preguntas anteriores sobre los antecedentes médicos se contestaron con exactitud. Se me entregó una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud.

Nombre del paciente o padre/tutor (en letra de molde) _____
 Firma del paciente o padre/tutor: _____ Fecha: _____
 Firma del dentista: _____ Fecha: _____

Solo para uso de oficina Health History Update

| Date: MM/DD/YY | Any Changes | | Date: MM/DD/YY | Any Changes | | Date: MM/DD/YY | Any Changes | | Date: MM/DD/YY | Any Changes | |
|-------------------|-------------|----|-------------------|-------------|----|-------------------|-------------|----|-------------------|-------------|----|
| | Yes | No | | Yes | No | | Yes | No | | Yes | No |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |