

CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD



Estas preguntas son para su provecho y le aseguran que se consideraran en su tratamiento médico la condición de su salud pasada y presente. Puede ser que algunas preguntas no parezcan que se relacionan con su condición dental, pero todas están relacionadas con el cuidado dental apropiado.

Por favor conteste cada pregunta. Haga un círculo alrededor de **SI** o de **NO**. Por ejemplo: ¿Está usted vivo? **(SI)**

HISTORIA CLINICA

1. ¿Tiene usted buena salud? SI NO

2. Fecha del último examen médico

3. ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico? SI NO

4. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación?

5. ¿Ha estado usted hospitalizado? SI NO

6. ¿Ha estado usted tomando algún medicamento?

7. ¿En caso de sí, diga cuál? SI NO

8. ¿Ha sido usted pre-medicado una vez con antibióticos para su tratamiento dental? SI NO

9. ¿Está usted sensible o alérgico a cualquier droga o sustancia? Latex Penicilina; Tetraciclina; Sulfita; Aspirina; Codeína SI NO

10. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades siguientes? (Haga un círculo alrededor de **S** o de **N** de todas las condiciones mencionadas.)

11. ¿Usa usted un marcapulso de corazón, o ha tenido cirugía cardíaca? SI NO

12. ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparezca arriba y que yo debo saber? SI NO

13. ¿Fuma usted? En caso de sí, cuánto? SI NO

14. ¿Ha tomado usted alguna vez las drogas Fen-Phen, Redux, Fosamax (Bisphosphonate), Zometra, Actonel, Boniva, Aredia, Diet Drugs? SI NO

15. ¿Ha estado usted en estado de embarazo? En caso de sí, cuántos meses? SI NO

16. ¿Tiene usted algún problema con su menstruación? SI NO

17. (Mujeres) ¿Toma usted píldoras anticonceptivas? SI NO

18. ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novocaina, etc.)? SI NO

19. ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local? SI NO

20. ¿Ha estado usted con un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente? SI NO

21. ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera? SI NO

22. ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental? SI NO

23. ¿Pone nerviosos(a) un tratamiento dental? SI NO

24. ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental? SI NO

25. ¿En caso de sí, marque: Muy poco Moderadamente Extremadamente

26. ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento? SI NO

27. ¿Me gustaría una copia de esta forma para mis archivos? SI NO

28. He recibido la Hoja de los materiales dentales requerida por la ley. SI NO

29. ¿Ha recibido alguna vez un cambio de medicamento? SI NO

30. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

31. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

32. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

33. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

34. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

35. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

36. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

37. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

38. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

39. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

40. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

41. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

42. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

43. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

44. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

45. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

46. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

47. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

48. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

49. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

50. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

51. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

52. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

53. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

54. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

55. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

56. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

57. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

58. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

59. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

60. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

61. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

62. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

63. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

64. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

65. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

66. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

67. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

68. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

69. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

70. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

71. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

72. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

73. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

74. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

75. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

76. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

77. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

78. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

79. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

80. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

81. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

82. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

83. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

84. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

85. ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento? SI NO

86. ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía? SI NO

REVISADO POR NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Fecha: _____ Lic. # _____

Revisado por: _____ Lic. # _____

Fecha: _____

PS: _____

PULSO: _____

TEMP: _____

POR: _____

AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO: Yo autorizo al dentista(s) a cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de oxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideran necesarias o aconsejables en el diagnóstico de este paciente. Yo he sido informado de todas las posibles complicaciones que pueden resultar en el procedimiento, anestésicos y drogas.

Todos los servicios son prestados y aceptados bajo los términos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario

Fecha: _____ **Firma:** _____

Esta autorización debe ser firmada por el paciente, o en el caso de un menor de edad, o cuando el paciente está incapacitado o es mentalmente incompetente, por un familiar cercano del paciente.

Relación al paciente: _____

FORM 100-65 REV 11/12 ©2011 DENRAM GRAPHICS & PRINTING All rights reserved. No part of this form may be reproduced in any way. DENRAM | 250 West Moore Avenue, Unit D, Meriden, CT 06450-1292 | FAX 826.359.8376 | 826.359.8376

Questions are in same order as 100-6-English version. denram@denram.com / www.denram.com

1012