

PT ID#

Sólo para uso interno

## HISTORIA DENTAL/MÉDICO

SLCC ha escrito las políticas sobre este portapapeles para proteger su privacidad. Por favor lea los y si tienes alguna pregunta, por favor pregunte. La Historia Dental/ Médico debe contestarse completamente y con la mayor precisión posible. La información nos permitirá proporcionar cuidados apropiados para usted. Gracias por ser un paciente en nuestra clínica de higiene dental de estudiante.

**POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial mediano: \_\_\_\_\_ Hombre  Mujer  Otro

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Dia nacimiento: \_\_\_\_\_  
 m/d/año

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Historia Dental

	Pregunta	Sí	No		Pregunta	Sí	No
A.	¿Sangran sus encías cuando se cepilla o usa el hilo dental?			K.	¿Tiene llagas o úlceras en la boca?		
B.	¿Sus dientes son sensibles al calor, frío, dulces o presión?			L.	¿Participa actualmente en actividades o deportes enérgicos?		
C.	¿Queda comida o hilo atrapado entre sus dientes?			M.	¿Participa en deportes o actividades enérgicas?		
D.	¿A menudo esta su boca seca?			N.	¿Rechina los dientes?		
E.	¿Ha tenido tratamiento periodontal (encías)?			O.	¿Usa prótesis dentales o dentaduras parciales?		
F.	¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia (frenillos)?			P.	¿En su casa tiene agua fluorada?		
G.	¿Tuvo lesiones graves en la cabeza o la boca?			Q.	¿Con frecuencia bebe agua embotellada?		
H.	¿Hace clic, ruido seco, o tiene otras molestias en la mandíbula?			R.	¿Fecha del último examen dental?	/	/
I.	¿Tuvo problemas relacionados con el tratamiento dental?			S.	Fecha de sus últimas radiografías dentales (rayos x)	/	/
J.	¿Está actualmente experimentando dolor dental o malestar?						m/d/año

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? \_\_\_\_\_

### Historial Médico

	Pregunta	Sí	No	
A.	¿Está bajo cuidado de un médico?			
B.	¿Ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?			
C.	¿Ha tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello?			
D.	¿Usted está tomando medicamentos, pastillas o drogas?			
E.	¿Usted toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?			
F.	¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contengan los bifosfonatos?			
G.	¿Usa tabaco?			
H.	¿Utiliza sustancias controladas?			
I.	¿Usas cigarrillos electrónicos (Vape)?			
J.	¿Usas alguna forma de marihuana, hierba o cannabis?			
K.	¿Ha usado algún producto de tabaco, sustancias controladas, cigarro eléctrico o cualquier forma de marihuana en el pasado?			
L.	¿Ha usado algún producto de tabaco, sustancias controladas, cigarro eléctrico o cualquier forma de marihuana en el pasado?			

### Medicamentos

Por favor escriba todos los medicamentos recetados y medicamentos sin receta que está tomando actualmente. Incluya las vitaminas, medicinas naturales, suplementos a base de hierbas o remedios. Por favor incluya dosis y frecuencia de uso.

Prescripción		Medicamentos sin receta	
Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del producto	Frecuencia de uso

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No
SIDA/VIH positivo			Medicina de cortisona			Hemofilia			Tratamiento de radiación		
Enfermedad de Alzheimer			Diabetes			Hepatitis A			Pérdida de peso reciente		
Anafilaxia			Adicción a las drogas			Hepatitis B o C			Diálisis renal		
Anemia			Sofocada fácilmente			Herpes			Fiebre reumática		
Angina de pecho			Enfisema			Presión arterial alta			Reumatismo		
Artritis, gota			Epilepsia o convulsiones			Colesterol alto			Escarlatina		
Válvula cardíaca artificial			Sangrado excesivo			Ronchas o sarpullido			Tejas		
Articulación artificial			Sed excesiva			Hipoglucemia			Enfermedad de células falciformes		
Asma			Desmayos o mareos			Latido corazón irregular			Problemas del seno paranasales		
Enfermedad de la sangre			Tos frecuente			Problemas renales			Espina bífida		
Transfusión de sangre			Diarrea frecuente			Leucemia			Enfermedad Intestinal estómago		
Problemas respiratorios			Frecuentes dolores de cabeza			Enfermedad del hígado			Accidente cerebrovascular		
Moretones			Herpes genital			Presión arterial baja			Hinchazón de las extremidades		
Cáncer			Glucoma			Enfermedad pulmonar			Enfermedad de la tiroides		
Quimioterapia			Fiebre del heno			Prolapso de válvula mitral			Amigdalitis		
Dolores en el pecho			Adjuntar/insuficiencia cardíaca			Osteoporosis			Tuberculosis		
Aftas, fiebre ampollas			Soplo cardíaco			Dolor en las articulaciones de la mandíbula			Tumores o crecimientos		
Trastorno congénito del corazón			Marcapasos			Enfermedad paratiroides			Úlceras		
Convulsiones			Problemas/enfermedades del corazón			Atención psiquiátrica			Enfermedades venéreas		
¿Ha tenido alguna enfermedad grave, o perforaciones en el cuerpo no mencionado anteriormente?			En caso afirmativo, por favor explique: _____ _____						Ictericia amarilla		

Preguntas para las mujeres.

Pregunta	Sí	No
¿Está embarazada o tratando de quedar embarazada?		
¿Estás tomando anticonceptivos orales?		
¿Está amamantando?		

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

Aspirina    Penicilina    Codeína    Anestésicos locales    Acrílico    Metal    Látex    Sulfonamidas

Otros; por favor explique: \_\_\_\_\_

Nombre de los médicos: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo la importancia de la información médica/dental completa y veraz y esa información incorrecta podrían suponer una seria amenaza para mi salud. A lo mejor de mi conocimiento las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y correctas. No haré al colegio comunitario de Salt Lake (SLCC) o cualquier persona que proporciona una higiene dental o servicios dentales responsables por cualquier acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que pude haber hecho en la cumplimentación del presente formulario. Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica/dental a mi dentista, médico u otro profesional de la salud si así lo solicita.

Además, si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, o si cambian mis medicamentos, le informaré mi higienista dental estudiante o a un miembro de la Facultad SLCC en mi próxima cita. Autorizo a ser tratado por estudiantes y profesores de SLCC.

Firma del paciente/tutor

Fecha m/d/año

Firma del estudiante/ numero

Fecha m/d/año

Firma del Instructor clínico/numero

Fecha m/d/año

Nota: Su firma a continuación comprueba que los cambios necesarios a la historia para citas posteriores han sido observados con fecha en el formulario. Una nueva forma de historial médico/dental debe completarse cada tres años.

	Fecha	Firma del paciente	Signos vitales del paciente	Estudiante	Instructor
a	/ /		BP: P: R:		
b	/ /		BP: P: R:		
c	/ /		BP: P: R:		
d	/ /		BP: P: R:		
e	/ /		BP: P: R:		
f	/ /		BP: P: R:		
G	/ /		BP: P: R:		
h	/ /		BP: P: R:		