

Nevada Health Centers, Inc. CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA MÉDICA DENTAL DE ADULTOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nac.: _____ Fecha de hoy: _____

Conteste TODAS las preguntas:

Sí No

- ¿Ha tenido un aumento o una pérdida de peso sin explicación en los últimos seis meses? ¿Cuánto? _____
- ¿Se le ha tratado alguna vez por cáncer? Fecha: _____ Lugar: _____ Resultado: _____
- ¿Ha recibido alguna vez tratamiento con radiación? Fecha: _____ Lugar: _____ Resultado: _____
- ¿Ha usado alguna vez drogas intravenosas?
- ¿Ha usado metanfetaminas, cocaína o “crack” en los últimos seis meses?
- ¿Participa activamente en conductas de alto riesgo para contraer enfermedades infecciosas (por ejemplo, SIDA, hepatitis)?

¿Alguna vez ha tenido ..?

Sí No

- Presión arterial alta (hipertensión)
- Enfermedad cardíaca reumática o fiebre reumática
- Enfermedad cardíaca congénita/soplo cardíaco
- Ataque cardíaco u otro problema cardíaco
- Válvula cardíaca artificial o marcapasos
- Derrame
- Epilepsia o convulsiones
- Enfisema
- Asma
- Enfermedad pulmonar o problemas respiratorios
- Tuberculosis (TB)
- Falta de aliento al hacer esfuerzo leve
- Hepatitis u otra enfermedad hepática
- Enfermedad renal
- Diabetes o tener sed frecuentemente
- Anemia/permiso denegado para dar sangre
- SIDA o CRS (complejo relacionado con el SIDA)
- Prueba de sangre positiva para anticuerpos del VIH
- Enfermedad venérea
- Dolores de cabeza recientes o poco habituales
- Actualmente bajo atención psiquiátrica
- Reemplazo artificial o implantes de huesos/articulaciones
- Operación cardíaca o vascular
- Operación o trauma de cabeza o cuello
- Lesiones o anomalías faciales
- Otras operaciones (especifique):

¿Alguna vez ha tenido ..?

Sí No

- Problemas de sangrado cuando le extraen dientes
- Ampollas/aftas en los labios o en la boca
- Dolor de muelas o sensibilidad en los dientes reciente
- ¿Fuma? Cant. de paquetes/día _____
- ¿Usa tabaco libre de humo (para mascar)?

SOLO MUJERES:

- ¿Está embarazada? Fecha probable de parto _____
- ¿Toma píldoras para el control de natalidad?
- Si está embarazada, ¿ha autorizado su médico que le hagan cualquier posible trabajo dental que se necesite?

ALERGIAS: ¿Ha tenido alergia o alguna mala reacción a ..?

- Penicilina
- Medicamentos de sulfamidas
- Anestésicos dentales (locales)
- Analgesia con óxido nitroso (gas hilarante)
- Aspirina
- Codeína
- Tranquilizantes (Valium, Vistaril, Atarax)
- Metales (anillos/aretes)
- Otro (especifique):

Explique cualquier “Sí” como respuesta:

Nevada Health Centers, Inc.
CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA
MÉDICA DENTAL DE ADULTOS

Indique todos los medicamentos con y sin receta (incluyendo aspirina) que esté tomando actualmente o que haya tomado recientemente:

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

¿Ha tenido alguna experiencia desagradable en un consultorio dental? Sí No

¿Hay algo más sobre su salud que debemos saber? _____

He leído y comprendido el cuestionario que se incluye arriba y he contestado todas las preguntas con la verdad hasta donde tengo conocimiento. Si hay cambio en mi salud o mis medicamentos, lo informaré al personal de la clínica en mi próxima cita.

Firma del paciente o del tutor _____

Relación con el paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

COMENTARIOS Y ACTUALIZACIONES DE LA HISTORIA MÉDICA (PARA QUE LOS COMPLETE UN CLÍNICO)

Provider Signature _____ **Date** _____