NEVADA HEALTH CENTERS

# 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 | |
|---|---|---|---|
| 1 | ☐ | ☐ | ¿Ha tenido un aumento o una pérdida de peso sin explicación en los últimos seis meses? ¿Cuánto? _____ |
| 2 | ☐ | ☐ | ¿Se le ha tratado alguna vez por cáncer? Fecha: _____ Lugar: _____ Resultado: _____ |
| 3 | ☐ | ☐ | ¿Ha recibido alguna vez tratamiento con radiación? Fecha: _____ Lugar: _____ Resultado: _____ |
| 4 | ☐ | ☐ | ¿Ha usado alguna vez drogas intravenosas? |
| 5 | ☐ | ☐ | ¿Ha usado metanfetaminas, cocaína o "crack" en los últimos seis meses? |
| 6 | ☐ | ☐ | ¿Participa activamente en conductas de alto riesgo para contraer enfermedades infecciosas (por ejemplo, SIDA, hepatitis)? |

**¿Alguna vez ha tenido ..?**

| | Sí | No | |
|---|---|---|---|
| 7 | ☐ | ☐ | Presión arterial alta (hipertensión) |
| 8 | ☐ | ☐ | Enfermedad cardíaca reumática o fiebre reumática |
| 9 | ☐ | ☐ | Enfermedad cardíaca congénita/soplo cardíaco |
| 10 | ☐ | ☐ | Ataque cardíaco u otro problema cardíaco |
| 11 | ☐ | ☐ | Válvula cardíaca artificial o marcapasos |
| 12 | ☐ | ☐ | Derrame |
| 13 | ☐ | ☐ | Epilepsia o convulsiones |
| 14 | ☐ | ☐ | Enfisema |
| 15 | ☐ | ☐ | Asma |
| 16 | ☐ | ☐ | Enfermedad pulmonar o problemas respiratorios |
| 17 | ☐ | ☐ | Tuberculosis (TB) |
| 18 | ☐ | ☐ | Falta de aliento al hacer esfuerzo leve |
| 19 | ☐ | ☐ | Hepatitis u otra enfermedad hepática |
| 20 | ☐ | ☐ | Enfermedad renal |
| 21 | ☐ | ☐ | Diabetes o tener sed frecuentemente |
| 22 | ☐ | ☐ | Anemia/permiso denegado para dar sangre |
| 23 | ☐ | ☐ | SIDA o CRS (complejo relacionado con el SIDA) |
| 24 | ☐ | ☐ | Prueba de sangre positiva para anticuerpos del VIH |
| 25 | ☐ | ☐ | Enfermedad venérea |
| 26 | ☐ | ☐ | Dolores de cabeza recientes o poco habituales |
| 27 | ☐ | ☐ | Actualmente bajo atención psiquiátrica |
| 28 | ☐ | ☐ | Reemplazo artificial o implantes de huesos/articulaciones |
| 29 | ☐ | ☐ | Operación cardíaca o vascular |
| 30 | ☐ | ☐ | Operación o trauma de cabeza o cuello |
| 31 | ☐ | ☐ | Lesiones o anormalidades faciales |
| 32 | ☐ | ☐ | Otras operaciones (especifique): |

_____
_____
_____
_____

**¿Alguna vez ha tenido ..?**

| | Sí | No | |
|---|---|---|---|
| 33 | ☐ | ☐ | Problemas de sangrado cuando le extraen dientes |
| 34 | ☐ | ☐ | Ampollas/aftas en los labios o en la boca |
| 35 | ☐ | ☐ | Dolor de muelas o sensibilidad en los dientes reciente |
| 36 | ☐ | ☐ | ¿Fuma? Cant. de paquetes/día _____ |
| 37 | ☐ | ☐ | ¿Usa tabaco libre de humo (para mascar)? |

**SOLO MUJERES:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 38 | ☐ | ☐ | ¿Está embarazada? Fecha probable de parto_____ |
| 39 | ☐ | ☐ | ¿Toma píldoras para el control de natalidad? |
| 40 | ☐ | ☐ | 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 ..?**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 41 | ☐ | ☐ | Penicilina |
| 42 | ☐ | ☐ | Medicamentos de sulfamidas |
| 43 | ☐ | ☐ | Anestésicos dentales (locales) |
| 44 | ☐ | ☐ | Analgesia con óxido nitroso (gas hilarante) |
| 45 | ☐ | ☐ | Aspirina |
| 46 | ☐ | ☐ | Codeína |
| 47 | ☐ | ☐ | Tranquilizantes (Valium, Vistaril, Atarax) |
| 48 | ☐ | ☐ | Metales (anillos/aretes) |
| 49 | ☐ | ☐ | Otro (especifique): |

_____
_____
_____

**Explique cualquier "Sí" como respuesta:**

_____
_____
_____
_____
_____

NEVADA HEALTH CENTERS

# 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:

| NOMBRE DE MEDICAMENTO | DOSIS | FRECUENCIA |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

¿Hay algo más sobre su salud que debamos 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:** _____

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE**

**Health History Comments & Updates**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

**PROVIDER Signature:** _____ **Date:** _____