



# CUESTIONARIO ACERCA DE SU SALUD

Estas preguntas son para su provecho y le aseguran que se consideran 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  No

## HISTORIA CLINICA

- ¿Tiene usted buena salud?  Sí  No
- Fecha del último examen médico
- ¿Está usted ahora bajo el cuidado de un médico?  Sí  No  
¿En caso de sí, para que enfermedad está siendo tratado?
- ¿Ha tenido usted alguna enfermedad seria u operación?  Sí  No  
¿En caso de sí, que enfermedad u operación?
- ¿Ha estado usted hospitalizado?  Sí  No  
¿En caso de sí, cuál fue el problema?
- ¿Está usted tomando alguna medicamento?  Sí  No ¿O cualquier otro tipo de drogas (marijuana, cocaína, etc.)?  Sí  No  
¿En caso de sí, digi cual?  ¿Qué dosis?
- ¿Ha sido ud. alguna vez pre-medicado con antibiótico para su tratamiento dental?  Sí  No
- ¿Alguna vez pre-tratar a un enfermo con antibióticos por su tratamiento dental?  Sí  No
- ¿Está Ud. sensitivo o alérgico a cualquier droga o material?  Látex  Penicilina;  Tetraciclina;  Sulfa;  Aspirina;  Codeína  Sí  No  
 Otra (Si hay otros ¿cuáles drogas o materiales?)

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

<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Anemia	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Escarlatina	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Desórdenes mentales	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Hepatitis, ictericia
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Herpes	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Varicela	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Dolor mandibular	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Desórdenes nerviosos	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Tratamiento Siquiátrico	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Enfermedad venérea (sífilis, gonorrea)
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Apoplejia	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Sinusitis	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Angina del pecho	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Ulceras	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Hemorragia	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Granitos herpéticos	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Complejo relacionado con HIV	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Síndrome de desorden de articulación mandibular
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Diabetes	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Asma	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Propensión a golpes	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Úlceras del estómago	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Otra:
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Glaucoma	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Presión alta	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Heridas en la cabeza	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Dificultad en tragar	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Enfermedad de la célula faciforme	
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Artritis	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Insuficiencia Cardíaca	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Epilepsia o ataques	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Lesiones de corazón congénitas	
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Entisema	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Medicina Cortisona	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Tratamiento de rayos-x o cobalto	
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Hemofilia	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Alergias, urticarias	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Desmayos o ataques	
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Reumatismo	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Protisis artificial	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Alérgico a metales	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Transusión de sangre	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Quimioterapia (cáncer, leucemia)	
<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Tonsilitis	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Ataque de corazón	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> <b>S</b> <input type="checkbox"/> <b>N</b> Tratamiento de radiación	

- ¿Usa usted un marcapaso de corazón, o ha tenido cirugía cardíca?  Sí  No
- ¿Ha tenido cualquier otra enfermedad que no aparece arriba y que yo debo saber?  Sí  No  
¿En caso de sí, por favor explique cuál?
- ¿Fuma usted? En caso de sí, cuanto? Cigarros Puros Paquetes por día  Sí  No
- ¿Ha tomad Ud. alguna vez las drogas "Phen-Phen" o "Redux"?  Sí  No
- (Mujeres) ¿Está usted en estado de gestación? En caso de sí, cuántos meses?  Sí  No
- (Mujeres) ¿Tiene usted algún problema con su menstruación?  Sí  No
- (Mujeres) ¿Toma Ud. píldoras anticonceptivas?  Sí  No

## HISTORIA DENTAL

- ¿Ha recibido alguna vez un anestésico local (Novocaina, etc.)?  Sí  No
- ¿Ha tenido usted alguna reacción mala por un anestésico local?  Sí  No
- ¿Ha usted tenido un problema serio asociado con un tratamiento dental anteriormente?  Sí  No  
En caso de sí, explique
- ¿Cuánto tiempo hace que le hicieron Rayos X de su boca entera? Semanas Meses Años
- ¿Cuánto tiempo hace de su último tratamiento dental? Semanas Meses Años
- ¿Le pone nervioso(a) un tratamiento dental?  Sí  No  
En caso de sí, marque  Muy poco  Moderadamente  Extremadamente
- ¿Le gustaría que le diéramos un sedante antes del tratamiento?  Sí  No

En base a mi conocimiento, todas las contestaciones anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez hubiera cambios en mi salud o en mis medicaciones, yo le informaré sin falta al doctor en mi próxima visita.

**A** Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **B** PONER AL DÍA — Desde su última visita al médico

- ¿Ha consultado Ud. a un médico?  Sí  No
- ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento?  Sí  No
- ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía?  Sí  No

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **C** PONER AL DÍA — Desde su última visita al médico

- ¿Ha consultado Ud. a un médico?  Sí  No
- ¿Ha tenido Ud. un cambio de medicamento?  Sí  No
- ¿Ha tenido Ud. cualquier cambio en su condición física o alguna cirugía?  Sí  No

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, HÁGANOS SABER CUALQUIER CAMBIO DE SU SALUD DESDE LA ÚLTIMA VISITA AL MÉDICO. SI NO HAY CAMBIOS, POR FAVOR ESCRIBA Ud. "NINGUNOS"**

## CUESTIONARIO ACERA DE SU SALUD DEBE SER ACTUALIZADO CADA AÑO!

REVISADO POR	NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO		
<b>A</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
FECHA	FECHA		
<b>B</b>	PS	/	/
FECHA	PULSO		
<b>C</b>	TEMP		
FECHA	POR		

**AUTORIZACION PARA EL TRATAMIENTO:** Yo autorizo al dentista(s) en cargo del paciente cuyo nombre aparece en este formulario Historia de la Salud a administrar cualquier tratamiento; o a administrar anestésicos, sedantes de óxido nitroso y sedantes intravenosos; y a hacer las operaciones que se consideren 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 terminos y condiciones impresos en el otro lado de este formulario**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
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: