Super Smiles

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente:_____
Primer Nombre Apellido(s) Segundo Nombre

Número de Seguro Social _____ Sexo **M** **F** Fecha de Nacimiento_____ Edad _____

Si el/la paciente es menor, favor de proveer el Nombre del Padre/Madre/Guardián Legal de este _____

Fecha de Nacimiento_____ Relación al Paciente _____

INFORMACION DE CONTACTO DEL PACIENTE O PADRE/MADRE/GUARDIAN

Dirección _____ Apt._____ Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____

Teléfono Hogar_____ Celular _____ Trabajo _____ Adicional _____

Empleador_____ Ocupación_____ No. de Años Trabajando_____

Nombre(s) de Contacto en Emergencia_____ Teléfono_____

INFORMACION DEL HISTORIAL DE SALUD

Favor de responder las siguientes preguntas con detalle. Tenga en mente que la información correcta y acertada es importante para recibir un cuidado de calidad. **TODA LA INFORMACION SERA CONFIDENCIAL.**

Razón para la visita de hoy_____ Sensibilidad: **SI** **NO** Sangrado de encías: **SI** **NO**

¿Está siendo tratado por un medico? **SI** **NO** Si lo está, explique_____

Nombre del Médico general _____ Teléfono_____

Fecha de su ultimo chequeo médico_____ ¿Ha habido algún cambio drástico de salud en el último año? **SI** **NO**

¿Ha tenido alguna enfermedad de gravedad, cirugías, u hospitalizaciones? **SI** **NO**

Por favor explique y anote la fecha aproximada _____

Si es mujer: ¿Está embarazada? ¿Tratando de embarazarse? O ¿Alguna sospecha de estarlo? **SI** **NO**

¿Está amamantando? **SI** **NO** ¿Tomando anticonceptivos? **SI** **NO** ¿Tomando reemplazo hormonal? **SI** **NO**

ANOTE TODAS LAS SUBSTANCIAS QUE CAUSEN REACCION ALERGICA:

_____ **NINGUNA**

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE EL/LA PACIENTE ESTE TOMANDO:

_____ **NINGUNO**

INDIQUE TODO LO QUE APLICA:

SI__NO__ Anémia	SI__NO__ Sangrado Fácil	SI__NO__ Depresión
SI__NO__ Problemas Respiratorios	SI__NO__ Presión Alta	SI__NO__ Mareos
SI__NO__ Articulación Artificial	SI__NO__ Resequedad de la Boca	SI__NO__ Cáncer
SI__NO__ Presión Baja	SI__NO__ Problemas de los Riñones	SI__NO__ Dolor de cabeza
SI__NO__ Problemas Digestivos	SI__NO__ Palpitaciones Cardiacas	SI__NO__ Asma
SI__NO__ Epilepsia o Convulsiones	SI__NO__ Reemplazo de Válvula Cardiaca	SI__NO__ Diabetes
SI__NO__ Soplo Cardiaco	SI__NO__ Fiebre Reumática	SI__NO__ Hepatitis
SI__NO__ Tratamiento de Radiación	SI__NO__ Problemas del Hígado	SI__NO__ Fiebre Escarlata
SI__NO__ Problemas de Sinusitis	SI__NO__ Válvula Cardiaca Dañada	SI__NO__ Tuberculosis

DESCRIBA TODA CIRUGIA MAYOR, CONDICION GRAVE U OTRA CONDICION NO MENCIONADA:

_____

Yo autorizo la publicación de un informe completo relacionado con el examen, diagnóstico y tratamiento, etc. a cualquier referencia, dentista o tratamiento. Yo autorizo la publicación, además, de cualquier información médica para las compañías de seguro o documentación legal. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento independientemente de la cobertura del seguro.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

Super Smiles

Historia Médica

Nombre del paciente:_____ No. de Ident. del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en BLANCO si no entiende la pregunta):

1. Sí No ¿Está en buena salud general?
2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante el último año?
3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años?
   ¿Si Sí, por qué? _____
4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____
   Fecha de su último examen médico: _____ Fecha de su última cita dental: _____
5. Sí No ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. Sí No ¿Tiene algún dolor ahora?

II. HA NOTADO:

7. Sí No ¿Dolor de pecho (angina)?
8. Sí No ¿Los tobillos hinchados?
9. Sí No ¿Falta de aliento?
10. Sí No ¿Reciente pérdida de peso, fiebre, sudor en la noche?
11. Sí No ¿Tos persistente o tos con sangre?
12. Sí No ¿Problemas de sangramiento, moretes?
13. Sí No ¿Problemas nasales (sinusitis)?
14. Sí No ¿Dificultad al tragar?
15. Sí No ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces?
16. Sí No ¿Vómitos con frecuencia, náuseas?
17. Sí No ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?
18. Sí No ¿Mareos?
19. Sí No ¿Ruidos o zumbidos en los oídos?
20. Sí No ¿Dolores de cabeza?
21. Sí No ¿Desmayos?
22. Sí No ¿Vista borrosa?
23. Sí No ¿Convulsiones?
24. Sí No ¿Sed excesiva?
25. Sí No ¿Orina con frecuencia?
26. Sí No ¿Boca seca?
27. Sí No ¿Ictericia?
28. Sí No ¿Dolor o rigidez en las articulaciones?

III. TIENE O HA TENIDO:

29. Sí No ¿Enfermedades del corazón?
30. Sí No ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?
31. Sí No ¿Soplos en el corazón?
32. Sí No ¿Fiebre reumática?
33. Sí No ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?
34. Sí No ¿Presión sanguínea alta?
35. Sí No ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades pulmonares?
36. Sí No ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado?
37. Sí No ¿Problemas del estómago, úlceras?
38. Sí No ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos látex?
39. Sí No ¿Familiares con diabetes, problemas de corazón, tumores?
40. Sí No ¿SIDA?
41. Sí No ¿Tumores, cáncer?
42. Sí No ¿Artritis, reuma?
43. Sí No ¿Enfermedades de los ojos?
44. Sí No ¿Enfermedades de la piel?
45. Sí No ¿Anemia?
46. Sí No ¿Enfermedades venéreas (sífilis o gonorrea)?
47. Sí No ¿Herpes?
48. Sí No ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga?
49. Sí No ¿Enfermedades de tiroides o glándulas suprarrenales?
50. Sí No ¿Diabetes?

VI. TIENE O HA TENIDO:

51. Sí No ¿Tratamiento psiquiátrico?
52. Sí No ¿Tratamientos de radiación?
53. Sí No ¿Quimioterapia?
54. Sí No ¿Válvula artificial del corazón?
55. Sí No ¿Articulación artificial?
56. Sí No ¿Hospitalizaciones?
57. Sí No ¿Transfusiones de sangre?
58. Sí No ¿Cirugías?
59. Sí No ¿Marcapasos?
60. Sí No ¿Lentes de contacto?

V. ESTÁ TOMANDO:

61. Sí No ¿Drogas de uso recreativo?
62. Sí No ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirina)?
63. Sí No ¿Tabaco de cualquier tipo?
64. Sí No ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)?

Liste por favor: _____

VI. SÓLO PARA MUJERES:

65. Sí No ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?
66. Sí No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?

VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:

67. Sí No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario?

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Firma del Paciente _____ Fecha _____

REVISIÓN SUPLEMENTARIA:

1. Firma del Paciente _____ Fecha _____
2. Firma del Paciente _____ Fecha _____
3. Firma del Paciente _____ Fecha _____