

Historial Médico e Información del PacientePatient Information

Información del Paciente

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	Nombre Preferido:
Teléfono de Casa:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:	
Dirección Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Fecha de Nacimiento:	Género:	Número de Seguro Social:	
Nombre del Contacto de Emergencia:	Número de Teléfono:	Relación con el Paciente:	

¿Cómo se enteró de nuestra clínica/consultorio? _____

Información del Seguro

Nombre del Asegurado:	Relación con el Paciente:	Empleador:
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:	Compañía de Seguros:
	ID del Afiliado:	Número de Grupo:

Por favor, marque una “X” en la casilla SOLAMENTE si corresponde a su situación:

¿Le resulta difícil abrir la boca?		¿Aprieta o rechina los dientes?	
¿Le duele al masticar, morder o tragar?		¿Su mandíbula hace clic, truena o le duele?	
¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa hilo dental?		¿Tiene dolor de oído o dolor de cuello?	
¿Ha recibido alguna vez tratamientos periodontales (de las encías), como raspado y alisado radicular (limpieza profunda)?		¿Los tratamientos dentales le ponen nervioso(a)?	
¿Tiene o ha tenido alguna vez llagas, úlceras o crecimientos anormales en la boca?		¿Ha experimentado alguna vez algún trastorno respiratorio relacionado con el sueño?	

- **¿Está insatisfecho(a) con su sonrisa?** Si respondió que sí, por favor explique:_____
- **¿Ha sufrido alguna vez una lesión grave en la cabeza o la boca?** Si respondió que sí, por favor describa qué ocurrió y cuándo ocurrió:_____
- **¿Ha tenido alguna vez problemas durante un tratamiento dental?** Si respondió que sí, por favor describa lo que ocurrió:_____
- **¿Ha tenido alguna vez una reacción o algún problema con la anestesia dental?** Si respondió que sí, por favor describa lo que ocurrió:_____

Historial Médico

- **¿Ha padecido alguna enfermedad grave, se ha sometido a una cirugía o ha sido hospitalizado(a) durante los últimos 10 años?** Si respondió que sí, por favor explique:_____
- **¿Se ha sometido a algún tipo de cirugía de reemplazo articular (total o parcial), como de cadera, rodilla, hombro u otra articulación?** Si respondió que sí, indique el nombre del cirujano, el tipo de cirugía y la fecha en que se realizó:_____
- **¿Algún médico o dentista anterior le ha indicado que tome antibióticos antes de realizarse un tratamiento dental?** Si respondió que sí, indique qué antibiótico le recetaron y cómo lo tomó:_____
- **¿Se ha sometido a un reemplazo de válvula cardíaca o a una cirugía del corazón?** Si respondió que sí, indique el nombre del cirujano y la fecha de la cirugía:_____
- **¿Ha recibido un trasplante de órgano o de médula ósea/células madre?** Si respondió que sí, indique el nombre del cirujano, el tipo de trasplante y la fecha del procedimiento:_____
- **¿Ha tenido cáncer o lo padece actualmente?** Si respondió que sí, indique el tipo de cáncer, la fecha del diagnóstico y cualquier tratamiento de quimioterapia o radioterapia recibido:_____
- **¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?** Si respondió que sí, ¿cuándo?_____
- **¿Está tomando algún anticoagulante (como Coumadin, Warfarina, rivaroxabán [Xarelto], dabigatrán [Pradaxa], clopidogrel [Plavix], heparina o aspirina)?** Si respondió que sí, indique qué medicamento está tomando:_____

- **¿Está tomando algún medicamento para tratar la osteoporosis o la enfermedad de Paget (como alendronato [Fosamax], risedronato [Actonel], ibandronato [Boniva], ácido zoledrónico [Reclast] o denosumab [Prolia])?** Si respondió que sí, indique qué medicamento está tomando: _____
- **¿Está recibiendo o tiene programado recibir medicamentos intravenosos (IV) para tratar el dolor óseo, la hipercalcemia o las complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico (como denosumab [Xgeva], pamidronato [Aredia] o ácido zoledrónico [Zometa])?** Si respondió que sí, indique qué medicamento está tomando y anote la fecha de la dosis más reciente y de la próxima dosis programada: _____
- **¿Está recibiendo terapia de reemplazo hormonal?** Si respondió que sí, indique qué medicamento está tomando: _____
- **¿Utiliza algún producto de tabaco o nicotina (cigarrillos, puros/cigarros, rapé, tabaco de mascar o vapeadores)?** _____
- **¿Tiene dependencia a alguna sustancia química (incluyendo marihuana u otras drogas)?** Si respondió que sí, indique qué sustancia utiliza, con qué frecuencia y si fue recetada por un médico: _____
- **Por favor, enumere todos los demás medicamentos recetados y/o de venta libre, vitaminas, hierbas medicinales y/o suplementos que esté tomando:** _____

- **¿Utiliza algún medicamento GLP-1 (péptido similar al glucagón tipo 1)?** Si respondió que sí, indique qué medicamento está tomando: _____
- **Solo para mujeres: ¿Está utilizando algún método anticonceptivo?** Si respondió que sí, indique qué medicamento está tomando: _____
- **¿Está embarazada?** Si respondió que sí, ¿cuántas semanas de embarazo tiene? _____
- **¿Está amamantando?** Si respondió que sí, ¿cuántas semanas lleva amamantando? _____

¿Tiene o le han diagnosticado alguna de las siguientes condiciones médicas?

Infección por VIH/SIDA	
Anemia	
Ansiedad	
Arteriosclerosis	
Artritis/Reumatismo	
Asma (EPOC)	
Autismo	
Bronquitis	
Dolor crónico	
Enfermedad cardíaca congénita	
Insuficiencia cardíaca congestiva	
Enfermedad de las arterias coronarias	
Válvulas cardíacas dañadas	
Depresión	
Diabetes (Tipo I o Tipo II)	

Presión arterial baja	
Lupus	
Desnutrición	
Trastorno de salud mental	
Trastorno neurológico	
Osteoporosis	
Marcapasos/Desfibrilador implantado	
Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	
Endocarditis infecciosa previa	
Enfermedad cardíaca reumática	
Infección de transmisión sexual (ITS)	
Problemas sinusales	
Úlceras estomacales	
Accidente cerebrovascular (derrame cerebral)	

Trastorno alimentario	
Enfisema	
Epilepsia	
Infecciones frecuentes	
Enfermedad gastrointestinal	
ERGE/Acidez estomacal persistente (reflujo gastroesofágico)	
Glaucoma	
Dolores de cabeza frecuentes	
Ataque cardíaco (infarto)	
Soplo cardíaco/Trastorno del ritmo cardíaco	
Hemofilia	
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	
Presión arterial alta (hipertensión)	
Deficiencia inmunológica	
Problemas renales	

Por favor, indique cualquier alergia a medicamentos: _____
