C I

Questionario de Salud

**Nombre del Paciente**: _____ **Fecha de Nac**: _____

**Queja Principal** (Porqué necesita cuidado dental) _____

**Salud Actual**

Está en buena salud? ..... Si_____ No_____
Está bajo cuidado médico? ..... Si_____ No _____

**Por favor anote su doctor familiar y/ó cualquier otro doctor ó especialista que visita 1 vez por año:**

Nombre Dirección Ciudad Número Tel. Especialidad

_____

_____

_____

Circule Abajo: **Historial Médico**

1. **Tiene (ó alguna vez ha tenido) alguno de los siguientes?**

Si No a. Reacción alérgica a alguna droga ó látex (circule todo lo que aplique)
Látex Penicilina Aspirina Codeína Anestesia Local Otro

Si No b. Ataque de corazón ó enfermedad cárdiaca
Si No c. Apoplegía (stroke)
Si No d. Presión alta _____ presión baja _____
Si No e. Insuficiencia cárdiaca congestiva
Si No f. Angina (dolor de pecho)
Si No g. Ritmo irregular del corazón
Si No h. Válvula artificial del corazón
Si No i. Fiebre reumática, enfermedad cárdiaca reumática, endocarditis bacterial
Si No j. Enfermedad cárdiaca congenital
Si No k. Soplo en el corazón ó prolapso mitral de válvula
Si No l. Condición inmunosupresora (circule todo lo que aplique)

Terapia de esteroide (e.g. prednisone) Radiación ó Terapia para Cáncer SLE (Lupus)

Artritis Reumática HIV Transplante de Órgano el Bazo removido {spleen) Otro

Si No m. cojuntura artificial (es) (circule todo lo que aplique)

| | Cadera | Tobillo | Hombro | Rodilla |
|---|---|---|---|---|
| Fecha de colocación: | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | _____ | _____ | _____ | _____ |

Si No n. otros implantes o dispositivos artificiales _____
Si No o. problema de sangramiento, anemia, otra enfermedad de la sangre _____
Si No p. diabetes Tipo I _____ Tipo II _____
Si No q. enfermedad de tiroides
Si No r. uso de antibiótico a largo plazo ( continuamente por más de un mes)
Si No s. enfermedad del sistema nervioso o ataques
Si No t. enfermedad renal
Si No u. hepatitis (A, B,C ó D) u otra enfermedad del hígado
Si No v. enfermedad de músculo , cojuntura ó artritis (osteo ó rumatoide)
Si No w. asma, tuberculosis u otra enfermedad de los pulmones
Si No x. enfermedad intestinal ó del estómago
Si No y. enfermedad ó condición mental – explique_____
Si No z. tiene desabilidades físicas ó mentales que requieren cuidado especial?
Si No aa. impedimento de oído, vista ó del habla
Si No bb. tiene ó alguna vez ha sido tratado para cáncer?

Si No **2. Está ó puede que esté embarazada? _____**
Si No **3. Está amamantando? _____**
Si No **4. Tiene alguna enfermedad, condición ó problema médico no listado aquí?**

Explique: _____

Si No **5. Alguna vez ha sido hospitalizado ó ha tenida alguna cirugía?**

Explique: _____

Si No **6. Tiene algún síntoma no diagnosticado?**

Explique: _____

Si No **7. Está adicto ó alguna vez ha sido adicto a alguna sustancia química?**
(por ejemplo: alcohol, fármacos, heroína, meth, cocaína, otro)
Si No **8. Actualmente toma bebidas alcohólicas _____ drogas recreacionales? _____**
Si No **9. Fuma ó usa tabaco sin humo?**
Si No **10. Qué clase de productos de tabaco usa? _____**
Si No **11. Regularmente usa medicinas herbales ó suplementos dietéticos?**
Específicamente toma, (circule lo que le aplique)

Echinacea Ajo Genjibre Kava Valerian Fish Oil Suplementos dietéticos

Feverfew Gingko Ginseng St. Johns Wort Vitamina E

Si No **12. Está tomando ó alguna vez ha tomado medicamentos para la osteoporosis, como?**

Terapia bisphosphonate? _____ (ejemplos: Fosamax, Actonel, Boniva en pastilla)

Si No **13. Alguna vez ha tomado los siguientes medicamentos para el calcio excesivo en la sangre?**

(terapia bisphosphonate)? (ejemplos: Avedia intravenoso), Zometa)

## Historial Dental

Si No **14. Se hace chequeos dentales regularmente? Ultimo chequeo dental** _____

Si No **15. Ha tenido algún problema anteriormente con algún tratamiento dental?**
Por favor explique: _____
_____

Si No **16. Ha notado algún crecimiento ó llagas en su boca?**

Si No **17. Le sangran las ansías cuando se cepilla?**

Si No **18. Alguna vez se ha lastimado o golpeado su cara, quijada ó sus dientes?**

Si No **19. Sufre de dolor en su boca, cara, ojos, cuello ó garganta?**

Si No **20. Alguna vez el miedo ha prevenido que busque cuidado dental?** _____

Si No **21. Es alérgico a metales o materiales dentales?** _____

Si No **22. Circule los tratamientos dentales que le interesarian:**

**Ortodoncia Dentadura Parcial Implante Dental Coronas Puente**

Si No **23. ¿Estás contento con la apariencia de tu sonrisa?**

**24. Si pudieras cambiar tu sonrisa, ¿podrías...**

- ☐ **blanquear tus dientes**
- ☐ **harías tus dientes más rectos**
- ☐ **cerrarías las brechas entre tus dientes**
- ☐ **reemplazarías los empastes de metal negro**
- ☐ **repararías dientes astillados**
- ☐ **repararías los dientes perdidos**
- ☐ **reemplazarías viejas coronas que no coinciden**
- ☐ **obtendrías una renovación cosmética para tu sonris**

**Por favor provea lista de medicamentos que actualmente está tomando y firme abajo:**

| Medicamento | Cantidad | Medicamento | Cantidad |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

La clínica Milwaukee Dental Arts requiere esta información con el propósito de brindarles una evaluación completa y comprensible de su necesidad dental. Ninguna persona fuera de Milwaukee Dental Arts será proporcionado con esta información a menos que esté autorizado por usted ó sea requerido por la ley. El no proporcionarnos con la información requerida, podrá limitar nuestra abilidad para asesorar su necesidad dental y puede que reusemos aceptarlo como nuestro paciente. Al firmar abajo, usted concuerda que la información brindada es correcta y que notificará a Milwaukee Dental Arts de algún cambio en su salud en cada cita que tenga.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

(Ó) Representante del Paciente: _____ Relación: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____