# HISTORIA CLÍNICA DE SERVICIOS DENTALES

Llenar con tinta azul o negra.

Nombre del paciente: _____ | _____ | _____ | ___/___/___ | _____ | _____
Nombre | Segundo nombre | Apellido | Sobrenombre | Fecha de nacimiento | Edad | Número de seguro social del menor

Dirección: _____ | _____ | _____ | (___) _____ | (___) _____
Calle | Ciudad | Cód. postal | Teléfono | Teléfono celular

Escuela: _____

| Actualiz. historia clínica | Fecha MM/DD/AA | Cambios Sí | No | Fecha MM/DD/AA | Cambios Sí | No | Fecha MM/DD/AA | Cambios Sí | No | Fecha MM/DD/AA | Cambios Sí | No |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | / / | | | / / | | | / / | | | / / | | |
| | / / | | | / / | | | / / | | | / / | | |

1. ¿Cuál es el motivo de esta consulta?
_____
_____

2. ¿Han ocurrido cambios en su estado de salud en el último año? Sí No

3. ¿Recibe cuidado médico actualmente? ..... Sí No
Detalles: _____
_____

4. Nombre y dirección de su médico:
_____
_____

5. ¿Se ha sometido a una operación o ha padecido una enfermedad grave? .. Sí No
En caso afirmativo, describa la enfermedad u operación _____
_____
_____

6. ¿Utiliza algún tipo de tabaco? ..... Sí No

7. ¿Padece o ha padecido alguno de los siguientes problemas o enfermedades?
a. ADHD ..... Sí No
b. Artritis ..... Sí No
c. Articulaciones artificiales (reemplazos de cadera o rodilla) ..... Sí No
d. Asma ..... Sí No
e. Enfermedad cardiovascular (problemas o ataques cardíacos, insuficiencia u oclusión coronaria, presión arterial elevada, arteriosclerosis, accidente cerebrovascular, soplo cardíaco) .. Sí No
f. Lesiones cardíacas congénitas ..... Sí No
g. Diabetes ..... Sí No
h. Desmayos o convulsiones ..... Sí No
i. Fiebre del heno ..... Sí No
j. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ..... Sí No
k. Virus de inmunodeficiencia humano (VIH/SIDA) ..... Sí No
l. Presión arterial baja ..... Sí No
m. Consultas psiquiátricas o psicológicas ..... Sí No
n. Fiebre reumática o cardiopatía reumática ..... Sí No
o. Abuso de sustancias (alcohol, drogas) ..... Sí No
p. Tuberculosis ..... Sí No
q. Enfermedad venérea ..... Sí No
r. Otro _____

9. ¿Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza, cara o mandíbula? ... Sí No
Detalles: _____
_____

10. ¿Toma medicamentos de venta libre? ..... Sí No
Lista de medicamentos: _____
_____

11. ¿Alguna vez ha sangrado anormalmente debido a extracciones cirugías o traumas previos? ..... Sí No
a. ¿Alguna vez le han hecho una transfusión sanguínea? ..... Sí No
b. ¿Padece de algún desorden de coagulación sanguínea? .. Sí No
Detalles: _____
_____

12. ¿Alguna vez se ha sometido a terapia de radiación o quimioterapia? ..... Sí No

13. ¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?
a. Antibióticos o sulfamidas ..... Sí No
b. Anticoagulantes (diluyentes sanguíneos) ..... Sí No
c. Medicamentos para la presión arterial elevada ..... Sí No
d. Cortisona (esteroides) ..... Sí No
e. Tranquilizantes ..... Sí No
f. Aspirina ..... Sí No
g. Insulina, tolbutamida (Orinase) o medicamentos similares Sí No
h. Digitalis o medicamentos para problemas cardíacos ..... Sí No
i. Nitroglicerina ..... Sí No
j. Lista de medicamentos que toma _____
_____

14. ¿Es alérgico o ha reaccionado adversamente a lo siguiente?
a. Anestésicos locales ..... Sí No
b. Penicilina ..... Sí No
c. Otros antibióticos, especificar _____
d. Sulfamidas ..... Sí No
e. Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir ..... Sí No
f. Aspirina ..... Sí No
g. Iodo ..... Sí No
h. Codeína ..... Sí No
i. Látex ..... Sí No
j. Níquel ..... Sí No
k. Otros _____

15. Ha tomado medicamentos (Fosomax, Boniva, Actonel) para la osteoporosis u osteopenia (fragilidad ósea) ..... Sí No
Lista de medicamentos: _____
_____

16. ¿Padece de alguna enfermedad, condición o problema no especificado arriba? ..... Sí No
Detalles: _____
_____

17. ¿Ha usado metanfetaminas, cocaína etc. en las últimas 48 horas? .. Sí No

**MUJERES**

18. ¿Está embarazada? ..... Sí No
19. ¿Toma píldoras anticonceptivas? ..... Sí No

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR CUIDADO MÉDICO

Mediante la presente autorizo todas las consultas necesarias para que _____ reciba evaluaciones orales, tratamientos dentales, tratamientos de seguimiento y mantenimiento, transporte para obtener dichos servicios, y para que su información de salud sea divulgada a entidades oficiales y/o a médicos privados. Conforme a mi leal saber y entender, he respondido verazmente las preguntas realizadas en la presente sobre mi historia clínica. Se me ha entregado una copia de la Notificación sobre prácticas de privacidad del Departamento de Salud (Department of Health's Notice of Privacy Practices).

**Nombre del paciente, pariente o tutor: (letra de molde)** _____
**Firma del paciente, pariente o tutor:** _____ **Fecha:** _____
**En caso de emergencia llamar a:** _____ **Teléfono (_____)** _____
**Firma del dentista:** _____ **Fecha:** _____