

PT ID#

Sólo para uso interno



HISTORIA DENTAL/MÉDICO

SLCC ha escrito las políticas sobre este portapapeles para proteger su privacidad. Por favor lea los y si tienes alguna pregunta, por favor pregunte. El Historia Dental/ Médico debe contestarse completamente y con la mayor precisión posible. La información nos permitirá proporcionar cuidados apropiados para usted. Gracias por ser un paciente en nuestra clínica de higiene dental de estudiante.

POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO COMPLETAMENTE

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial mediano: _____ Hombre Mujer

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Día nacimiento: _____
m/d/año

Teléfono celular: _____ Teléfono alternativo _____ email: _____

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted? _____ Occupation: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Historia Dental

	Pregunta	Sí	No		Pregunta	Sí	No
A.	¿Sangran las encías cuando se cepille o use el hilo dental?			K.	¿Tienes cualquier llagas o úlceras en la boca?		
B.	¿Los dientes son sensibles al calor, frío, dulces o presión?			L.	¿Participa en actividades o deportes enérgicos?		
C.	¿Comida o hilo atrapar entre sus dientes?			M.	¿Experimenta frecuentes úlceras en la boca?		
D.	¿A menudo es la boca seca?			N.	¿Rechinan los dientes?		
E.	¿Ha tenido tratamiento periodontal (encías)?			O.	¿Usa prótesis dentales o dentaduras parciales?		
F.	¿Ha tenido tratamiento de ortodoncia (frenillos)?			P.	¿Es tu casa agua fluorada?		
G.	¿Tuviste lesiones graves en la cabeza o la boca?			Q.	¿Con frecuencia bebes agua embotellada?		
H.	¿Tienes que hacer clic, ruido seco, u otras molestias en la mandíbula?			R.	¿Fecha del último examen dental?	/	/
I.	¿Tuviste problemas relacionados con el tratamiento dental?			S.	Fecha de sus últimas radiografías dentales (rayos x)	/	/
J.	¿Está actualmente experimentando dolor dental o malestar?			T.	¿Qué piensas acerca de tu sonrisa?	/	/

m/d/año

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____

Historial Médico

	Pregunta	Sí	No	En caso afirmativo, por favor explique.
A.	¿Estás bajo cuidado de un médico?			
B.	¿Ha haya sido hospitalizados o tenía una operación importante?			
C.	¿Has tenido una lesión grave de la cabeza o el cuello?			
D.	¿Usted está tomando medicamentos, pastillas ni drogas?			
E.	¿Aceptas, o has, Phen-Fen o Redux?			
F.	¿Has tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamentos que contengan los bifosfonatos?			
G.	¿Estás en una dieta especial?			
H.	¿Usas tabaco?			
I.	¿Utilizas sustancias controladas?			

Medicamentos

Por favor escriba cualquier/todos los medicamentos recetados y En el mostrador que está tomando actualmente. Incluya las vitaminas, medicinas naturales, suplementos a base de hierbas o remedios. Por favor incluya dosis y frecuencia de uso.

Prescripción		En el mostrador	
Nombre del medicamento	Dosis	Nombre del producto	Frecuencia de uso

¿Tienes o has tenido alguno de los siguientes?

	Sí	No		Sí	No		Sí	No		Sí	No	
SIDA/VIH positivo			Medicina de cortisona			Hemofilia			Tratamiento de radiación			
Enfermedad de Alzheimer			Diabetes			Hepatitis A			Pérdida de peso reciente			
Anafilaxia			Adicción a las drogas			Hepatitis B o C			Dialisis renal			
Anemia			Sofocada fácilmente			Herpes			Fiebre reumática			
Angina de pecho			Enfisema			Presión arterial alta			Reumatismo			
Artritis, gota			Epilepsia o convulsiones			Colesterol alto			Escarlatina			
Válvula cardíaca artificial			Sangrado excesivo			Ronchas o sarpullido			Tejas			
Articulación artificial			Sed excesiva			Hipoglucemia			Enfermedad de células falciformes			
Asma			Desmayos o mareos			Latido corazón irregular			Problemas del seno paranasales			
Enfermedad de la sangre			Tos frecuente			Problemas renales			Espina bifida			
Transfusión de sangre			Diarrea frecuente			Leucemia			Enfermedad Intestinal estómago			
Problemas respiratorios			Frecuentes dolores de cabeza			Enfermedad del hígado			Accidente cerebrovascular			
Moretones			Herpes genital			Presión arterial baja			Hinchazón de las extremidades			
Cáncer			Glaucoma			Enfermedad pulmonar			Enfermedad de la tiroides			
Quimioterapia			Fiebre del heno			Prolapso de válvula mitral			Amigdalitis			
Dolores en el pecho			Adjuntar/insuficiencia cardíaca			Osteoporosis			Tuberculosis			
Aftas, fiebre ampollas			Soplo cardíaco			Dolor en las articulaciones de la mandíbula			Tumores o crecimientos			
Trastorno congénito del corazón			Marcapasos			Enfermedad paratiroidea			Úlceras			
Convulsiones			Problemas/enfermedades del corazón			Atención psiquiátrica			Enfermedades venéreas			
¿Ha tenido alguna enfermedad grave, o perforaciones en el cuerpo no mencionado anteriormente?			En caso afirmativo, por favor explique: _____ _____							Ictericia amarilla		

Preguntas para las mujeres.

Pregunta	Sí	No
¿Está embarazada o tratando de quedar embarazada?		
¿Estás tomando anticonceptivos orales?		
¿Está amamantando?		

¿Es usted alérgico a alguno de los siguientes?

- Aspirina
 Penicilina
 Codeína
 Anestésicos locales
 Acrílico
 Metal
 Látex
 Sulfonamidas
 Otros; por favor explique: _____

Nombre de los médicos: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ teléfono: _____

Entiendo la importancia de la médica completa y veraz e información dental y esa información incorrecta podrían suponer una seria amenaza para mi salud. A lo mejor de mi conocimiento las respuestas a las preguntas anteriores son verdaderas y correctas. No esperaré colegio comunitario de Salt Lake (SLCC) o cualquier persona que proporciona una higiene dental o servicios dentales responsables por cualquier acción que tome o no tome debido a errores u omisiones que pude haber hecho en la cumplimentación del presente formulario. Doy mi consentimiento para la divulgación de información médica/dental a mi dentista, médico u otro profesional sanitario si así lo solicita.

Además, si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, o si cambian mis medicamentos, le informaré mi higienista dental estudiante o un miembro de la Facultad SLCC en mi próxima cita. Autorizo a ser tratado por estudiantes y profesores de SLCC.

Firma del paciente/tutor

Fecha m/d/año

Firma del estudiante/ numero

Fecha m/d/año

Firma del Instructor clínico/numero

Fecha m/d/año

Nota: Su firma a continuación comprueba que los cambios necesarios a la historia para citas posteriores han sido observados y fecha en el formulario. Una nueva forma de historial médico/dental debe completarse cada tres años.

	Fecha	Sí	No	Firma del paciente	Patient Vitals	Estudiante	Instructor
a	/ /				BP: P: R:		
b	/ /				BP: P: R:		
c	/ /				BP: P: R:		
d	/ /				BP: P: R:		
e	/ /				BP: P: R:		
f	/ /				BP: P: R:		
G	/ /				BP: P: R:		
h	/ /				BP: P: R:		