

Millennium Dental No1 LLP

125 Hamilton St • Bound Brook, NJ 08805
732-356-6665

Diagrama # _____

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Para ayudarnos a brindarle la atención dental adecuada, por favor conteste las siguientes preguntas por completo. Use el espacio indicado para explicar cualquier respuesta o para darnos cualquier otra información que considere importante. Toda la información es confidencial. Gracias por su cooperación.

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Cód. Postal _____

Teléfono casa/celular _____ Dirección del trabajo _____ Tel. trabajo _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Estatura _____ Peso _____ Ocupación _____

Número de Seguro Social _____ Referido por _____

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) Nombre del cónyuge _____

Seguro dental (si aplica) _____ Número de póliza / ID _____

Motivo de esta cita _____ Mejor horario para citas _____

HISTORIAL DENTAL

¿Viene a recibir tratamiento de urgencia? Sí ☐ No ☐ ¿Tiene dolor ahora? Sí ☐ No ☐

Fecha de su última consulta dental _____ Fecha de sus últimos rayos X de toda la boca _____

¿Ha sido paciente alguna vez de una Facultad de Odontología? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

HISTORIAL MÉDICO

Salud general (marque una): ☐ Excelente ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

¿Ha sufrido su salud algún deterioro en los últimos cinco años? Sí ☐ No ☐

Enumere las hospitalizaciones o enfermedades graves de los últimos cinco años, con fechas:

¿Tiene un médico (M.D.)? Sí ☐ No ☐

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Dirección del médico _____

Fecha de su último examen físico _____ Fecha de sus últimos rayos X médicos/del pecho _____

¿Está tomando algún medicamento actualmente? Sí ☐ No ☐ ¿Para qué? _____

Indique todos los medicamentos, vitaminas y suplementos que está tomando actualmente:

¿Es alérgico(a) a alguno de los siguientes? ☐ Penicilina ☐ Codeína ☐ Anestésicos locales

☐ Otro: _____

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE

Apellido / Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

¿HA TENIDO O HA SIDO TRATADO(A) POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

	Sí	No		Sí	No
1. Enfermedad cardíaca o ataque cardíaco	☐	☐	23. Problemas renales	☐	☐
2. Fiebre reumática / mal cardíaco reumático	☐	☐	24. Diálisis renal	☐	☐
3. Soplo cardíaco o prolapso de la válvula mitral	☐	☐	25. Hepatitis	☐	☐
4. Enfermedad cardíaca congénita	☐	☐	26. Ictericia	☐	☐
5. Válvula cardíaca artificial (protésica)	☐	☐	27. Males hepáticos (del hígado)	☐	☐
6. Angina (dolor de pecho)	☐	☐	28. Úlcera estomacal	☐	☐
7. Ritmo cardíaco irregular	☐	☐	29. Anemia	☐	☐
8. Marcapasos	☐	☐	30. Males de la sangre, hemorragias o moretones	☐	☐
9. Presión sanguínea alta o baja	☐	☐	31. Epilepsia, ataques o convulsiones	☐	☐
10. Derrame cerebral	☐	☐	32. Desmayos	☐	☐
11. Falta de aliento con ejercicio ligero o al acostarse	☐	☐	33. Glaucoma	☐	☐
12. Tobillos inflamados	☐	☐	34. Artritis o reumatismo	☐	☐
13. Asma o fiebre del heno	☐	☐	35. Articulaciones artificiales (protésicas)	☐	☐
14. Enfisema o dificultad para respirar	☐	☐	36. Lupus	☐	☐
15. Tuberculosis u otra enfermedad pulmonar	☐	☐	37. Otra enfermedad autoinmune	☐	☐
16. Prueba de tuberculosis (PPD) positiva	☐	☐	38. Nódulos linfáticos o glándulas inflamadas	☐	☐
17. Tos persistente o tos con sangre	☐	☐	39. VIH / SIDA	☐	☐
18. Problemas de los senos nasales	☐	☐	40. Enfermedad venérea (sífilis, gonorrea)	☐	☐
19. Diabetes	☐	☐	41. Enfermedades de la pelvis	☐	☐
20. Aumento reciente de las ganas de orinar o la sed	☐	☐	42. Tratamiento psiquiátrico	☐	☐
21. Problemas de la tiroides	☐	☐	43. Radioterapia o quimioterapia	☐	☐
22. Pérdida de peso inexplicable en el último año	☐	☐	44. Otra: _____		

SÓLO MUJERES

¿Está embarazada? Sí ☐ No ☐ Si es así, ¿de cuántas semanas? _____

¿Toma píldoras anticonceptivas? Sí ☐ No ☐ ¿Está amamantando? Sí ☐ No ☐

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES ORALES?

Boca seca (xerostomía)	Sí ☐ No ☐	Olor desagradable en la boca (halitosis)	Sí ☐ No ☐
Ardor en la boca	Sí ☐ No ☐	Erupciones en la boca (candidiasis)	Sí ☐ No ☐
Llagas en la boca	Sí ☐ No ☐	Hemorragias crónicas de la boca o las encías	Sí ☐ No ☐

OBSERVACIONES

Por favor explique cualquier respuesta "Sí" o agregue cualquier otra información que debamos saber:

Certifico que la información anterior es completa y correcta según mi leal saber y entender. Informaré a la oficina de cualquier cambio en mi salud o en mis medicamentos.

Firma del paciente (o padre/tutor si es menor de 18 años)

Parentesco con el paciente

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA — Revisado por: _____

Fecha: _____