

**Clínica Dental Móvil**

**Formulario de Historia Clínica Médica/Dental**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Hombre: [ ]  Mujer: [ ]

**Historia Clínica Médica**

Nombre del Dr/Dra. de cabecera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_# de teléfono :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) ¿ Ha estado bajo el cuidado de un doctor los últimos 2 años? Si No

2) ¿ Ha tenido alguna enfermedad grave, cirugias o ha estado hospitalizado? Si No

 De la razón : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3) Por favor proporcione la lista de medicamentos, la dosis que toma incuyendo los suplementos vitamínicos: \_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4) Tiene alergia a:

 **□** Penicilina  **□** Latex **□** Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **□** Sulfas  **□** Codeina

  **□** Antibióticos **□**  Anestésicos locales

5) ¿ Usa drogas ilícitas? Si No ¿ Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_\_\_\_ ¿ Qué tipo de droga? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6) Mujeres: ¿Está embarazada? Si No ¿Está tomando píldoras anticonceptivas? Si No

7) ¿Usa Tabaco o fuma cigarillos? Si No ¿ Cuántos por dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8) ¿Le ha dicho su médico alguna vez que debe tomar antibióticos antes de una cita al dentista? Si No

9) Necesita ayuda de algún tipo? Si No Por favor especifíque: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10) ¿ Ha tenido o ha sido tratado por alguno de las siguientes enfermedades o trastornos? Por favor

 marque lo que corresponda:

 **□** Presión Sanguínea Alta **□** Cancer **□** Arthritis

  **□** Reemplazo válvula del corazon **□** Radiaciones al cerebro o cuello **□** Osteoporosis

□ Prolapso válvula mitral **□** Quimioterapia  **□** Convulsioness/Epilepsia/desmayos/

 □ Trastornos siquiátricos **□** Derrame cerebral **□** Depresion

  **□** Asma **□** Fiebre reumática □ Drogadicción

 □ Enfermedades Autoinmunes □ Enfermedad al riñon□ Enfermedades pulmonares/Bronquitis

  **□** Tuberculosis **□** Trastornos gástricos □ Ulcera/Colitis/Reflujo Gástrico

 □ Sangrado prolongado □ Dolor de cabeza/Migrañas □HIV/sida

 **□** Alcoholismo □ dificultad respiratoria □ Trastornos de la tiroides

 **□** Diabetes tipo I o tipo II □ Trastornos de la sangre □ Enfermedad al hígado

 **□** Marcapaso **□** Soplo cardiaco □ Hepatitis A/B/C

□ Protesis oReemplazo de articulaciones **□** Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Page 1 of 2*

**Historia Clínica Dental**

1. ¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2) ¿ Cuándo fue la última vez que consultó con un dentista? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3) ¿Tiene dolor o ha estado con molestias recientemente? Si No

4) ¿Usa prótesis dental? Si No

5) ¿ Padece usted de lo siguiente?

□ úlceras bucales/sangrado de encias **□** rechina or aprieta las mandíbulas **□** fuegos en el labio

 **□** Diente roto/ tapaduras **□** se le desencaja o truena la mandíbul **□** mal aliento

 □ Sensibilidad a lo caliente /frío □ Sensibilidad al masticar/presión □ dientes sueltos

 **□** Dificultad para abrir y cerrar la boca

6) ¿ Con qué frecuencia visita al dentista? cada 6 meses cada año si es necesario Nunca

7) ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8) ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9) ¿ Qué le cambiaría a sus dientes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que la información proporcionada es necesaria para recibir un cuidado dental seguro y eficiente. La información proporcionada es correcta y complete según mi leal saber y entender. No haré responsable a Northwest Community Healthcare, al dentista, ni a ningún otro miembro de su equipo por errors u omisiones en que yo haya incurrido al completer este formulario.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padre o Tutor Legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*No escriba debajo de la línea- Para ser completado en la clínica*

Blood Pressure: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Pulse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Updated 3/2019 Page 2 of 2*