

Lincoln Avenue Dental Group

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 **Historial Médico**

Abajo:

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 cardíaca

Si No c. Apoplegía (stroke)

Si No d. Presión alta _____ presión baja _____

Si No e. Insuficiencia cardíaca 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 cardíaca reumática, endocarditis bacterial

Si No j. Enfermedad cardíaca congénita

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)

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

- 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, coxuntura 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 tenido 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

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

Medicamento	Cantidad	Medicamento	Cantidad

La clínica Lincoln Avenue Dental Group requiere esta información con el propósito de brindarles una evaluación completa y comprensible de su necesidad dental. Ninguna persona fuera de Lincoln Avenue Dental Group 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 habilidad 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 Lincoln Avenue Dental Group de algún cambio en su salud en cada cita que tenga.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

(Ó) Representante del Paciente: _____ Relación: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____