

Historial de Salud Dental
Dental Health History



(Label)

Encierre en un círculo la respuesta que corresponda (**Si** o **No**). Sus respuestas se considerarán de índole confidencial. (In the following questions, circle **Yes** or **No**, whichever applies. Your answers will be considered confidential.)

1. ¿Padece usted (**PACIENTE**) o ha padecido (**PACIENTE**) de cualesquiera de los siguientes?
 (Do you (**PATIENT**) have or have you (**PATIENT**) had any of the following:)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| Fiebre reumática o soplo cardíaco
(Rheumatic fever or Heart Murmur) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Problemas neurológicos
(Neurological Problems) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del corazón o corto de respiración
(Heart Trouble or Shortness of Breath) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis (TB) o tos persistente
(Tuberculosis or persistent cough) | <input type="checkbox"/> Si (Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Presión alta o baja
(High or Low Blood Pressure) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Diabetes o sed excesiva
(Diabetes or excessive thirst) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Desmayos o mareos
(Fainting or Dizzy Spells) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o ataques epilépticos
(Epilepsy or Seizures) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Derrame cerebral
(Stroke) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Problemas renales o micción excesiva
(Renal problems or Excessive urination) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Anemia o problemas de sangre
(Anemia or Blood Problems) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Problemas de hígado o hepatitis
(Liver Problems or Hepatitis) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Drepanocitosis
(Sickle Cell Anemia) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Enfermedades venéreas
(Venereal Disease) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado excesivo o salen morados fácilmente
(Excessive Bleeding or Bruise Easily) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | SIDA/CRS/VIH
(AIDS/ARC/HIV Positive) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Transfusiones de sangre
(Blood Transfusions) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Cáncer
(Cancer) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Alergias o salpullidos
(Allergies or Skin Rash) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Embarazo
(Pregnancy) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Asma
(Asthma) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Trimestre 1 2 3 | |
| Problemas de tiroide
(Thyroid Problems) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Coyunturas dolientes o hinchadas
(Painful or Swollen Joints) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |
| Problemas emocionales
(Emotional Problems) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No | Demás
(Other) | <input type="checkbox"/> Si(Yes) <input type="checkbox"/> No |

2. ¿Está usted (**PACIENTE**) actualmente bajo el cuidado de un doctor?
 (Are you (**PATIENT**) currently under care of a physician (doctor)?) Si(Yes) No

De ser así, favor escribir el nombre del doctor
 (If yes, list name of doctor.) _____

3. ¿Ha estado usted (**PACIENTE**) hospitalizado en el transcurso de los 2 últimos años?
 (Have you (**PATIENT**) been hospitalized in the last 2 years?) Si(Yes) No

De ser así, ¿Por qué?
 (If yes, why?) _____

4. ¿Está usted (**PACIENTE**) actualmente tomando algún tipo de medicamento, píldoras o drogas?
 (Are you (**PATIENT**) currently taking any medication, pills or drugs?) Si(Yes) No

De ser así, favor escríbalos
 (If yes, list) _____

(Label)

5. ¿Es usted (**PACIENTE**) alérgico o ha tenido reacciones adversas a una anestesia local (novocaína), penicilina o a drogas/píldoras? Esto es, salpullido, picazón o desmayo? Si (Yes) No

(Are you (**PATIENT**) allergic to or ever experienced any ill effects from a local anesthetic (Novocain), penicillin, or any drugs/pills? i.e., rash, itching or fainting).

De ser así, favor describir

(If yes, please describe) _____

6. ¿Ha tenido usted (**PACIENTE**) una reacción adversa a algún tratamiento dental en el pasado? Si (Yes) No
(Have you (**PATIENT**) ever experienced any unfavorable reaction from previous dental treatment?)

De ser así, favor describir

(If yes, please describe) _____

7. ¿Tiene usted (**PACIENTE**) actualmente dolor o problemas dentales? Si (Yes) No
(Are you (**PATIENT**) currently having any dental pain or problem?)

De ser así, favor describir

(If yes, please describe) _____

Doy fe de que he leído y entiendo las preguntas anteriores y he respondido a las preguntas de acuerdo a lo sé. He pedido una explicación sobre los términos (palabras) desconocidos y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. No haré responsable a mi odontólogo(a) o a miembro alguno de personal debido a errores o a omisiones que pude haber cometido al llenar este formulario.

Además comprendo que antes de que se me brinde el tratamiento, tengo derecho a que me expliquen satisfactoriamente los beneficios, alternativas y factores de riesgo asociados con este tratamiento.

I certify that I have read and understand the above questions and have answered the questions to the best of my knowledge. I have asked for explanation of any terms (words) that I did not know (if any), and my questions have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or any of his/her staff, responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

I also understand that before treatment is provided, I have the right to have the benefits, alternatives, and significant risk factors associated with this treatment explained to my satisfaction.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Signature of patient) (Date)

Si el paciente es un niño, debe firmar uno de los padres o el guardián legal.

(If patient is a child, parent or legal guardian must sign. Parentesco _____
(Relationship)

Comentarios del odontólogo: _____

Firma del odontólogo _____ Fecha _____
(Signature of Dentist) (Date)

1. Comentarios:

Paciente:

Odontólogo:

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

2. Comentarios:

Paciente:

Odontólogo:

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

3. Comentarios:

Paciente:

Odontólogo:

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

4. Comentarios:

Paciente:

Odontólogo:

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

5. Comentarios:

Paciente:

Odontólogo:

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____