

Según lo exige la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información sobre usted que creamos, recibimos o mantenemos. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán confidenciales sujetas a las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que puede haber preguntas adicionales sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la atención adecuada. Esta oficina no usa esta información para discriminar.

|   |   |  |
|---|---|--|
| Nombre del Paciente:<br>Apellido                      Primer Nombre                      Inicial  | SSN o PT ID:  | Fecha De Nacimiento:   |
| Dirección:<br>Casilla PO o dirección postal   | Estado                      Código Postal   | Ciudad   |
| Ocupación:  | Altura:   | Peso:  |
| Teléfono: (        )                      (        )<br>Casa                                      Trabajo                                 | Sex: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No conforme al genero <input type="checkbox"/> |  |
| ¿Estás completando este formulario para otra persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                             | Contacto de emergencia  |  |
| Si es así, nombre?  | Si es así, ¿relación?   |  |
| ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o problemas? (Marque NS si no sabe la respuesta a la pregunta)                               |   | Si   No   NS   |
| 1. Tuberculosis activa?   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Tos persistente mayor a una duración de tres semanas?  |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Tos que produce sangre?  |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Expuesto a cualquier persona con Tuberculosis?   |   | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <b>Si responde afirmativamente a cualquiera de los cuatro preguntas anteriores, DETÉNGASE y envíe este formulario a la recepcionista.</b> |   |  |
| Indique el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Medico: _____ Teléfono: _____ - _____ - _____                              |   |  |

**Información médica** Marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

| <b>Alergias: ¿Es alérgico o ha tenido una reacción a</b> |                          |                          |                          |                              |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Si                       | No                       | NS                       |                              | Si                       | No                       | NS                       |                                 | Si                       | No                       | NS                       |
| Animales   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comida                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anestesia local                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre del heno / estacional | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos / sedantes / pastillas para dormir          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Yodo                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Drogas Sulfa                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codeína u otros narcóticos                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goma de (látex)              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si es así u otro, por favor explique: \_\_\_\_\_

|   |  |
|---|--|
| <b>Medicamentos:</b>  | Si   No   NS   |
| ¿Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o de venta libre? De ser así, enumere todos, incluidas las vitaminas, las preparaciones naturales o herbales y / o los suplementos dietéticos: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| _____   |  |
| _____   |  |

| Historia de Salud:  | Si                       | No                       | NS                       |  | Si                       | No                       | NS                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Usas lentes de contacto?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas sustancias controladas (drogas)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Reemplazo de la articulación.</b> ¿Ha tenido un reemplazo de articulación total ortopédica (cadera rodilla, codo, dedo) Cuando?: _____ Si afirmativo, ha tenido alguna complicación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Consume Tabaco (fuma, mastica, bidis)?<br>Si es así, le interesa dejar de usar tabaco?<br>(Circule uno) <b>Muy interesado(a)/ MAS O MENOS interesado(a) / NO me interesa</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está tomando o está programado para comenzar a tomar cualquiera de los medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget??    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Consume bebidas alcohólicas<br><br>En caso afirmativo, ¿cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____<br>la semana pasada? _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Historial de Salud (continuación):  | Si                       | No                       | NS                       |   | Si                       | No                       | NS                       |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Estás en buena salud?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido una enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico?<br>Nombre del médico: _____<br>Número de teléfono: _____<br>Dirección: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido una enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos 5 años?<br><br>En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o problema?<br>_____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el año pasado?<br>Si es así, ¿qué condición está siendo tratada? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha del último examen físico: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desde 2001, ¿recibió tratamiento o está actualmente programado para comenzar el tratamiento con Bifosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) para el dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas que resultan de la enfermedad de Paget, Mieloma Múltiple o Cáncer<br>Fecha en que comenzó el tratamiento: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>MUJER SOLAMENTE</b> ¿Estás embarazada??<br>¿Número de semanas? _____<br><br>Tomando anticonceptivos o reemplazo hormonal?<br><br>Enfermería?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Información Medica Marque (X) su respuesta para indicar si ha tenido o no alguna de las siguientes enfermedades o problemas:**

|  |                          |                          | Sí                       | No  | NS                       |                          |                          |  | Sí                       | No                       | NS                       |  |  |  | Sí                       | No                       | NS                       |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|----|----|--|----|----|----|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|
| Válvulas del corazón artificiales .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes Tipo I o II .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glándulas Inflamadas Persistentes en el cuello ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Endocarditis infecciosa previa .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desorden alimenticio .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolores de cabeza severos / migrañas .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Válvulas dañadas en el corazón trasplantado .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desnutrición .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peso severo o rápido pérdida .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Cardiopatía Congénita .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad gastrointestinal .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transmisión sexual .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Cardiopatía Congénita con cianosis sin reparar .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | G.E. Reflujo / persistente acidez estomacal .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Reparación completa en los últimos 6 meses .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Úlceras .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orinar excesivamente .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Cardiopatía reparado con defectos residuales .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de Tiroides .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobillos hinchados .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| <i>Excepto por las condiciones enumeradas anteriormente, la profilaxis con antibióticos ya no se recomienda para ninguna otra forma de enfermedad coronaria</i>  |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Anemia .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardiovascular .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Transfusión de sangre .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orinar excesivamente .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Si afirmativo, cuando? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arteriosclerosis .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tobillos hinchados .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Hemofilia .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia cardíaca congestiva .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Falta de aliento .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| SIDA o infección de VIH .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvulas cardíacas dañadas .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de sangrado .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Artritis .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ataque al corazón .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para tragar .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Enfermedades Autoinmunes .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo cardíaco .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diarrea/ Estreñimiento/ Sangre en las heces .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Artritis Reumatoide .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Baja .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vómitos/Nausea .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Lupus Eritematoso .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión Arterial Alta .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para orinar .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Sistémico .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros defectos del corazón .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zumbido en los oídos .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Asma .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Congénitos .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad de la piel .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Bronquitis .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la válvula mitral .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Convulsiones .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Enfisema .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapaso .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Sinusitis .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Tuberculosis .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Cardíaca .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Cáncer/Quimioterapia .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reumática .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Tratamiento de radiación .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangrado Anormal .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Dolor de pecho con esfuerzo .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor Crónico .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS</th> <th></th> <th>Si</th> <th>No</th> <th>NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Problemas de historia familiar? _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que crea que debería conocer? _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="3"></td> <td>Teléfono : ( _____ ) _____ - _____</td> <td colspan="3"></td> </tr> </tbody> </table> |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  | Si | No | NS |  | Si | No | NS | Problemas de historia familiar? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que crea que debería conocer? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: _____ |  |  |  |  |  |  |  | Teléfono : ( _____ ) _____ - _____ |  |  |  |
|  | Si                       | No                       | NS                       |   | Si                       | No                       | NS                       |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| Problemas de historia familiar? _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
| ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado anteriormente que crea que debería conocer? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nombre del médico o dentista que hace la recomendación: _____   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |
|  |                          |                          |                          | Teléfono : ( _____ ) _____ - _____  |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |  |  |  |                          |                          |                          |  |    |    |    |  |    |    |    |                                       |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |                                    |  |  |  |

¿Cuál es el motivo de su visita dental hoy? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo te sientes con tu sonrisa? \_\_\_\_\_  
 Cuan a menudo te cepillas los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia visita al dentista?? \_\_\_\_\_ Fecha de su último examen dental: \_\_\_\_\_  
 Nombre del ex dentista? \_\_\_\_\_ Fecha de las últimas radiografías dentales: \_\_\_\_\_

| Historia Dental:  | Sí                       | No                       | DK                       |   | Sí   | No                       | DK                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes dolores de oído o dolores en el cuello?               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Tienes dientes sueltos   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Sufres de mal aliento?                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene algún clic, estallido o incomodidad en la mandíbula?    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Se atrapa la comida o el hilo dental entre los diente?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Brux o rechina los dientes?                                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Tienes la boca seca?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tienes llagas o úlceras en la boca?                          | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (de las encías)?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usas dentaduras postizas o parciales?                        | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Alguna vez ha tenido un tratamiento de ortodoncia (frenillos)?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Participas en actividades recreativas activas?               | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Has tenido algún problema relacionado con el anterior ¿Tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o la boca? | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Está fluorado el suministro de agua de su hogar?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está experimentando actualmente dolor o molestias dentales?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿Bebes agua embotellada o filtrada?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | En una escala de 1 a 10, ¿cómo calificaría su dolor?          |  |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Si es así, ¿con qué frecuencia?<br>Encierra en un círculo:                  |                          |                          |                          |   | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                          |                          |                          |   |  |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |                          |                          |                          | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  |  |                          |                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**DIARIAMENTE / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE**

OTA: se alienta tanto al médico como al paciente para que hablen de todos los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.  
 Certifico que he leído y entiendo lo anterior y que la información proporcionada en este formulario es precisa. Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y que mi dentista y su personal dependerán de esta información para tratarme. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tomen o que no tomen debido a errores u omisiones que pueda haber cometido  
 Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Para completar por dentista:**  
**Review of Systems: ( HEENT, GI, Resp, GU, MS, Endo, Skin, Neuro, Hemo)**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Contraindications:**  Medical Alert  Premedication  Allergies  Anesthesia  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Signature of Dentist **Reviewed by:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Medical History Review:**

|   |                              |  |       |  |
|---|------------------------------|--|-------|--|
| 1 | Patient Signature:           |  | Date: |  |
|   | Reviewing Dentist Signature: |  | Date: |  |
| 2 | Patient Signature:           |  | Date: |  |
|   | Reviewing Dentist Signature: |  | Date: |  |
| 3 | Patient Signature:           |  | Date: |  |
|   | Reviewing Dentist Signature: |  | Date: |  |
| 4 | Patient Signature:           |  | Date: |  |
|   | Reviewing Dentist Signature: |  | Date: |  |