

Oregon Tech Dental Hygiene Program

Información del Paciente

Fecha _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F Referido por: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ CP: _____

Tel. de Casa _____ Celular _____ E-mail _____

Método preferido de contacto: Tel. de Casa Celular Email Mensaje de texto

Contacto en caso de emergencia _____ Num. de Teléfono _____

Persona responsable por pagar su cuenta: _____ Parentesco _____

Tiene seguro dental? Si No _____ Titular de la póliza _____

Nombre de su Medico _____ Ultima visita (Fecha) _____ Tel. _____

Nombre su ultimo Dentista _____ Ultima visita (Fecha) _____ Tel. _____

Es importante que nos informe sobre su historial medico y dental ya que muchos de estos factores pueden influenciar su salud dental. Información que usted nos de será estrictamente confidencial y no será compartida con nadie sin su autorización.

Historial de Salud Dental

Fecha de sus ultimas radiografías dentales _____

Esta usted ansioso a recibir tratamiento dental? Si No

Anteriormente a tenido problemas con algún tratamiento dental? Si No

Que tan seguido se cepilla los dientes? _____

Alguna vez ah recibido tratamiento dental con anestesia? Si No

Alguna vez a recibido oxido nitroso (gas de la risa) durante tratamiento dental? Si No

Padece o ah padecido de los siguientes?

Gagear Si No

Comida atrapada entre dientes Si No

Dificultad masticando Si No

Mastico en un solo lado de la boca Si No

Evito cepillarme un lado de la boca por dolor Si No

Encías que sangran Si No

Encías hinchadas y sensibles Si No

Sensibilidad dental Si No

Ortodoncia (frenos) Si No

Sensibilidad al fluoruro Si No

Blanqueado de dientes Si No

Respiro por la boca Si No

Fuego/llama labial Si No

Ulceras Si No

Morder las uñas Si No

Chupar el pulgar Si No

Empujar de lengua Si No

Dentaduras o aparatos desmontables Si No

Ah notado llagas en o alrededor de su boca que sanan demasiado lento? Si No

Siente pulsadas de dolor cuando sus dientes tienen contacto con:

Comida o líquidos calientes? Si No

Comida o líquidos fríos? Si No

Comida o líquidos agrios? Si No

Dulces? Si No

Problemas con la mandíbula/quijada

Quijada que truena? Si No

Apretar/mascular los dientes? Si No

Alguna vez le han diagnosticado con un desorden Temporomandibular (TMD) Si No

Tiene dolor relacionado con la quijada? Si No

Frecuente o severo dolor de cabeza? Si No

Historial de Salud Medical Tiene algunos de las siguientes?

Problemas cardiacos?

Dolor/angina en el pecho-----	Si	No
Falta de aire/aliento-----	Si	No
Tobillos Hinchados-----	Si	No
Problemas con la presión-----	Si	No
Soplo en el corazón-----	Si	No
Problemas con la válvulas del corazón----	Si	No
Esta tomando medicina para el corazón---	Si	No
Fiebre Reumática-----	Si	No
Marca pasos -----	Si	No
Válvula del corazón artificial -----	Si	No
Derrame cerebral-----	Si	No
Ataque al corazón-----	Si	No
Cirugía en el corazón-----	Si	No

Problemas sanguíneos

Moretones que se forman fácilmente-----	Si	No
Sangramiento de nariz frecuente-----	Si	No
Sangramiento anormal-----	Si	No
Anemia-----	Si	No
Alguna vez requirió transfusión de sangre?	Si	No
Hemofilia-----	Si	No
Anemia falciforme/depranocito-----	Si	No
Alto colesterol	Si	No

Alergias

Fiebre de heno-----	Si	No
Problemas sinusales-----	Si	No
Sarpullidos en la piel-----	Si	No
Alergias de temporada-----	Si	No

Problemas intestinales

Ulceras-----	Si	No
Aumento/perdida de peso-----	Si	No
Dieta especial-----	Si	No
Problemas renales o con la vejiga-----	Si	No
Reflujo acido o GERD-----	Si	No

Problemas con los huesos o articulaciones

Artritis-----	Si	No
Dolor de espalda o cuello-----	Si	No
Reemplazamiento de articulación (cadera completa, clavos, implantes etc.)	Si	No
Fecha y tipo _____		
Reumatismo-----	Si	No

**Ah tomado o esta tomando bifosfonatos, o
medicinas antiresorcion para el
osteoporosis, quimioterapia o cáncer?** (Ej.
Fosamax, Actonel, Zometa, Boneva, Aredia)

Problemas con la Tiroides -----	Si	No
--	----	----

**Premedicación requerida por su medico
antes de recibir tratamiento dental**-----

Si No

Cáncer/Tumor

Si No

 Donde y que tipo? _____

 Quimioterapia-----

Si No

 Terapia de radiación-----

Si No

Diabetes

Si No

 Tipo? _____

 Orina mas de 6 veces al dia?-----

Si No

 Padece de sed o boca seca frecuentemente

Si No

 Historial de diabetes en su familia-----

Si No

Problemas respiratorios

Si No

 Tuberculosis-----

Si No

 Enfisema-----

Si No

 Tos persistente-----

Si No

 Bronquitis-----

Si No

 Asma-----

Si No

Usted toma alcohol?

Si No

 Cuanto y que tan seguido? _____

Usted fuma o usa tabaco?

Si No

 Que tipo y cuanto? _____

 Le interesa renunciar al tabaco?-----

Si No

Usted usa alguna droga recreativa? _____

Tiene historial de abusar droga(s) o alcohol? -

Si No

Hepatitis, ictericia, o problemas con el hígado

Si No

 Tipo _____

Herpes-----

Si No

Enfermedad venérea

Si No

VIH-SIDA -----

Si No

Historia de lesión en la cabeza-----

Si No

Desmayos o convulsiones-----

Si No

Epilepsia o alguna otra enfermedad
neuroológica-----

Si No

Desorden alimenticio-----

Si No

Nerviosidad/ansiedad-----

Si No

Discapacidad mental-----

Si No

Glaucoma-----

Si No

Usa lentes de contacto?-----

Si No

Usa audífono o tiene problemas con el audio?

Si No

**Tiene alguna prótesis artificial, recambio
de cadera, válvula de corazón, otro?**

Si No

 Tipo/Fecha _____

**Tiene alguna otra condición medica no
mencionada aquí? Por favor describa
cual:** _____

Si No

En los últimos 12 meses a usado algunos de los siguientes ?

Antibióticos o sulfamidas-----	Si	No
Anticoagulantes (Ej. Coumadin)-----	Si	No
Medicina para alta presión-----	Si	No
Tranquilizantes-----	Si	No
Insulina, Orinase, o medicina similar-----	Si	No
Aspirina-----	Si	No
Digitalis o medicina para problemas cardiacos-----	Si	No
Nitroglicerina-----	Si	No
Cortisona (Esteroides)-----	Si	No
Remedios naturales-----	Si	No
Medicamento sin receta/suplementos-----	Si	No

Es alérgico o a tenido alguna reacción adversa a los siguientes?

Anestesia local ("Novacaine")-----	Si	No
Penicilina o otro antibióticos-----	Si	No
Sulfamidas-----	Si	No
Barbitúricos, sedantes, o pastillas para dormir?-----	Si	No
Aspirina, Acetaminofen, o Ibuprofeno?-----	Si	No
Codeína, Demerol, o otros narcóticos-----	Si	No
Reacción a metales-----	Si	No
Látex o diques de goma-----	Si	No
Comidas -----	Si	No
Especifique cuales_____		

Por favor liste cualquier/todas medicina(s) que este tomando actualmente (incluya hierbas, suplementos, vitaminas, medicina no recetada, etc.)

Mujeres Solamente

Esta tomando anticonceptivos o hormonas?-----	Si	No
Esta embarazada?-----	Si	No
De ser así, cual es la fecha del parto?_____		
Esta amamantando?-----	Si	No
A llegado a la menopausia?-----	Si	No
De ser así, que síntomas tiene?_____		

Entiendo que los procedimientos asumidos por esta institución de aprendizaje toman tiempo. Para recibir el mejor cuidado posible, puede que se me requiera atender a mas de una visita.

Certifico que toda la información que eh dado es correcta, verídica y de acuerdo con mi mejor saber y entender. Doy consentimiento para que se desempeñen todos los procedimientos que están en acuerdo con lo necesario y lo aconsejable, y por este medio libero a OIT Dental Hygiene Clinic de toda responsabilidad por información que yo/nosotros no estemos concientes de.

- SI ___ NO ___ Yo autorizo que se compartan mis récords a compañías de seguro y que se consulte con médicos/dentistas.
- SI ___ NO ___ Yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento de fluoruro.
- SI ___ NO ___ Yo doy permiso para que se le tomen radiografías y fotografías clínicas a mi hijo(a).

Firma del Paciente, Padre/Madre, Tutor Legal

Firma del estudiante/Iniciales del instructor

Actualización de Historial Medico/Evaluación Física para Estudiante y Facultad únicamente

Date	Addition/Change	Signatures
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____