

OREGON TECH DENTAL HYGIENE CLINIC at CHEMEKETA PATIENT INFORMATION

Fecha: _____

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Masculino Femenina Referido por: _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ CP: _____

Tel. de Casa _____ Celular _____ E-mail _____

Tel. de Trabajo _____ Empleador _____

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

Contacto en caso de emergencia _____ Núm. de Teléfono _____

Persona responsable por pagar su cuenta: _____ Relación _____

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

Nombre de su ultimo Dentista _____ Última 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 últimas radiografías dentales _____

¿Esta nervioso ha recibir tratamiento dental? - Si No

Anteriormente ha tenido problemas con algún tratamiento dental? ----- Si No

¿Qué tan seguido se cepilla los dientes? _____

¿Qué frecuente usa el hilo dental? _____

Alguna vez ha recibido tratamiento dental con anestesia?----- Si No

Alguna vez ha recibido óxido nitroso (gas de la risa) durante tratamiento dental?----- Si No

Padece o ha 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

Se ha blanqueado los dientes?----- Si No

Respiro por la boca----- Si No

Fuegos/llama labial----- Si No

Ulceras----- Si No

Se muerde las uñas----- Si No

Chupar el pulgar----- Si No

Empujar la 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/mascullar 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?

Derrame cerebral----- Si No
 Ataque al corazón----- Si No
 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
 Está tomando medicina para el corazón--- Si No
 Fiebre Reumática----- Si No
 Marca pasos ----- Si No

Válvula del corazón artificial----- 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
 Enfermedad de célula falciforme----- Si No
 Alto colesterol----- Si No
 Si usted está tomando anticoagulantes,
 cuál es su más reciente nivel de IIN? _____

Alergias

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

Problemas intestinales

Úlceras----- Si No
 Aumento/pérdida 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

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

Problemas con la Tiroides----- Si No

**Pre-medicación requerida por su médico
 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 más de 6 veces al día?----- Si No

Padece de sed o boca seca frecuentemente Si No

Historial de diabetes en su familia----- Si No

Cuál es su más reciente nivel de A1C?__

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 cuánto? _____

Le interesa renunciar al tabaco?----- Si No

Usted usa marihuana?----- Si No

Usted usa alguna droga recreativa? _____ Si No

Historial de abusar droga(s) o alcohol? ---- Si No

Hepatitis, ictericia, o problemas con el Si No

hígado

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 Si No

neurológica----- Si No

Desorden alimenticio----- Si No

Nerviosidad/ansiedad----- Si No

Discapacidad mental----- Si No

Glaucoma----- 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 médica no
 mencionada aquí? Por favor describa** Si No

cuál: _____

En los últimos 12 meses ha 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 esté tomando actualmente (incluya hierbas, suplementos, vitaminas, medicina no recetada, etc.)

Mujeres Solamente

Está tomando anticonceptivos o hormonas?-----	Si	No
Está 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 más 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 Médico/Evaluación Física para Estudiante y Facultad únicamente

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