



Southside Community Health Services Dental Clinic

Apellidos	Nombre	Segundo Nombre	Sexo/ Genero Pronunciado	Fecha de Nac. / /
-----------	--------	----------------	--------------------------	-------------------

Cuándo fue la última vez que visitó a su Médico para un chequeo regular? _____

Medico /Clinica _____ Dirección de Medico _____

Marque "Si" ó "No" para cualquiera de las siguientes preguntas (office use only) **Blood Pressure:** _____

Si ó No

o **Enfermedades del Corazón**

Si selecciono si:

- Transplante de Corazón
- Daño en alguna válvula del corazón
- Marcapasos
- Reemplazo de alguna válvula del corazón
- Fiebre reumatica con daño cardiaco
- Historia previa de endocarditis
- Válvula cardíaca congénita no reparada

o **Apoplejía**(Ataque Cerebral)Fecha? _____

o **Presión Alta**

o **Epilepsia ó Convulsiones**ÚltimoAtaque? _____

o **Diabetes** Insulina
 Medicamentos Orales
A1C _____ Glucosa _____

o **Asma** último ataque? _____

o **Problemas de los Riñones ó la Vejiga**
Diálisis? _____

o **Enfermedad de Tiroides** _____

o **Tuberculosis / Prueba de Tuberculosis Positiva**

Si ó No Tomo Medicamentos?
Por CuántoTiempo? _____

o **Enfermedades del hígado** _____

o **Artritis**
Artritis Reumatoide que afecta al Corazon? _____

o **Alguna vez ha tomado Bifosfonatos?**
(grupo de medicamentos para osteoporosis/cáncer)
Fecha? _____

o **Articulaciones Artificiales**
Que Articulación? _____

Si ó No

o **Hepatitis (A,B,C)** Cual? _____

o **Ictericia**(coloración amarillenta de la piel)

o **HIV or SIDA ó positivo**

o **Infecciones de Transmisión Sexual** (sífilis, gonorrea, herpes etc.) Cual? _____

o **Tos persistente y/ó con sangre**

o **Ansiedad**(nerviosismo) **ó Depresión**
Está recibiendo tratamiento/controlado? _____

o **Tratamiento Psiquiatrico**
Diagnóstico? _____

o **Abuso de Alcohol ó Adicción a Drogas**
Cual? _____

o **Anemia**

o **Reflujo Ácido ó Trastorno Alimentario**

o **EPOC**(enfermedad pulmonar obstructiva crónica) /
Enfisema/Enfermedad Pulmonar _____

o **Glaucoma ó Enfermedad Ocular(ojos)**

o **Enfermedades de la Sangre** _____
INR(Numero del Estudio de Coagulacion)? _____

o **Úlceras ó Enfermedades del Estómago**

o **Trastorno Autoinmune/Lupus?** _____

o (Solo edades 9-26):**Recibió la vacuna contra el VPH?**

o **Dolor Crónico?** _____

o **Usted fuma ó masca tabaco?** Qué tan seguido?

Fecha de Colocación ____ / ____ / ____

o Tiene alguna enfermedad ó condición no listada anteriormente? _____

o **Cáncer ó Tumores** Fecha? _____

o Esta en un anticoagulante/experimentado sangrado excesivo? _____

o Ha estado ud. Hospitalizado(a)? Razón?: _____

o **Tratamiento de Radiación?** Adonde? _____

Es usted alérgico(a) a algún medicamento ó látex?

Si o No _____

Solo Para Mujeres: or **Está Embarazada?** Fecha Aproximada del Parto: ____ / ____ / ____

2da Página →

Medicamentos (escriba todos los medicamentos que esté actualmente tomando)

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Solo Para Niños

Sí o No

o Usted o sus hijos toman **solamente** agua embotellada?

o En la noche cuando sus hijos ó hijas pequeños se van a dormir, usted les alista un biberón/chupón? Qué líquido tiene el contenido del chupón/biberón? _____

Tiene usted alguno de los siguientes problemas/padecimientos?

Dolor en sus dientes

Mal aliento

Sus encías le sangran

Herpes labial(ampollas de fiebre)

Aftas en su boca (llagas)

Le suena la mandíbula o le duele cuando abre o cierra su boca?

Bruxismo(aprieta)/rechina sus dientes

Su mandibula se le ha quedado abierta o cerrada sin poder moverla

Tratamiento Periodontal

Dientes sensibles

Historial Dental

Le tomaron 18 radiografías pequeñas ó una Panorámica? **Sí ó No** Si sí, Cuándo? _____

Hace cuanto tiempo fue su última limpieza dental? _____

Cuando fue su última radiografía ó tratamiento dental? _____

Con que dentista? _____

Tiene algún problema en sus dientes o su boca? _____

*Un padre ó Tutor debe Firmar
Para menores de 18 años*

DDS/DH Signature

Firma del Paciente ó Tutor _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma Actualizada _____ Fecha ____ / ____ / ____