

Expediente del Paciente

Texas Woman's University

Programa de higienista dental

Fecha: _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ Celular: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Correo electrónico: _____ Prefiero recibir correspondencias vía correo electrónico.

Situación Laboral: Tiempo completo Tiempo parcial Jubilado/a

Pariente más cercano o amigo: _____ Teléfono: _____

Medico Principal: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

Fecha y tipo de las ultimas radiografías dentales : _____

HISTORIA DE LA MEDICINA

¿Actualmente usted está bajo el cuidado de un medico? Si No ¿Está usted bajo una dieta especial? Si No

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux? Si No ¿Está usted usando sustancias controladas? Si No

¿Usted ha sufrido algún accidente grave de la cabeza o cuello? Si No ¿Mujeres: Usted está embarazada, intentando de embarazarse, o amamantando? Si No

¿Usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos? Favor de responder Si o No y no dejar nada en blanco

VIH+ / SIDA	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Depresión/Bipolar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas renales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Alergias/Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Trastornos de la alimentación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Bajo de azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nervios/Ansiedad	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hemofilia/ Sangrado anormal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Válvula artificial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza/cuello/espalda	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Infarto/insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Terapia de radiación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Condición/defecto cardiaco	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Presión Alta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dolor en el pecho/Angina	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Virus del papiloma humano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Herpes labial/calentura	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Problemas gastrointestinales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Medicina cortisona	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No				Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

- LADO OPUESTO-

CUESTIONARIO MEDICO

Por favor escriba cualquier medicamento de prescripción, de venta libre o hierbas medicinales que este tomando

Medicamento	Razón por la cual está tomando	Solo uso administrativo

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos dentales Otro:

En caso afirmativo, explique la reacción:

Por favor explique alguna enfermedad grave, herida, hospitalización, o cirugía que no ha sido mencionada, de la cual usted cree que debemos saber:

CUESTIONARIO DENTAL

Fuma o usa tabaco en alguna otra forma	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Se cepilla los dientes por lo menos una vez al día	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Muerde o mastica los labios/mejillas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Usa pasta de dientes que contiene fluoruro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dentadura postiza mal ajustada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Usa hilo dental por lo menos una vez al día	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Historia de cáncer bucal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Toma agua de la llave que contiene fluoruro	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Frecuentemente tiene la boca seca	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Toma agua que viene solamente embotellada	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Aprieta o presiona los dientes	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Visita regularmente al dentista	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Necesita mejorar en su dieta	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene implantes dentales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Su familia tiene historia de enfermedad periodontal	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene problemas en la articulación mandibular (TMJ/TMD)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Encías sangran cuando se las cepilla o cuando usa hilo dental	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Tiene aretes bucales	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Usa enjuague bucal que contiene alcohol (Listerine/Scope)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Está nervioso(a) al recibir tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Está usted actualmente teniendo dolor bucal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido alguna mala experiencia dental?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
¿Cuando juega algún deporte, usa protector bucal?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplicable		

¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen dental? _____ ¿Tratamiento dental? _____ ¿Limpieza dental? _____
 ¿Qué tipo de cerdas tiene su cepillo de dientes? Suave ___ Medio ___ Duro ___ ¿Qué tipo de pasta de dientes usa? _____
 ¿Cuales otros productos dentales usa? _____
 ¿Cuál es la razón principal por la cual ha venido hoy? _____

En base a lo mejor de mi conocimiento, las preguntas en este expediente han sido respondidas correctamente. Estoy de acuerdo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud o para la de mi paciente. Es mi responsabilidad informar a la Clínica Higiene Dental de TWU de cualquier cambio de estado medico. Si los pacientes son menores de 18 años de edad, pedimos a los padres/guardianes que permanezcan en el edificio hasta que el tratamiento termine. El padre/guardián debe firmar para los pacientes menores de 18 años de edad.

Fecha	Firma del paciente/padre/guardián	Estudiante HD	Instructor