



Formulario de Resumen del Paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:	
Número de teléfono móvil:	Correo electrónico:	
Nombre preferido:	Género:	
Pronombres: <input type="checkbox"/> Él/Suyo <input type="checkbox"/> Ella/Suya <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas/Suyos/Suyas <input type="checkbox"/> Ze/Zir/Zirs <input type="checkbox"/> Ze/Hir/Hirs	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo/No especificado <input type="checkbox"/> Otro	
Identificación racial/étnica* (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico <input type="checkbox"/> Otro (no listado) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	Idioma de preferencia: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de nacimiento:	Método de contacto preferido** (marque todos los que correspondan): <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Llamada telefónica	

*Esta información nos ayuda a asegurar que estamos proporcionando atención de la más alta calidad a nuestros pacientes. Estudios han demostrado que el origen racial o étnico puede afectar el riesgo de ciertas enfermedades en la salud bucal de los pacientes. El registro de los datos del paciente con respecto a la raza y el origen étnico permitirá a Willamette Dental comprender mejor y satisfacer las necesidades de salud oral de nuestros pacientes. Esta información no se comparte, vende ni utiliza para ningún otro fin que no sea el de Willamette Dental.

**Recibirá mensajes con información importante de su equipo dental sobre sus citas y tratamientos a través de su método de contacto preferido.

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación:	Teléfono:
---------	-----------	-----------

FARMACIA Y MÉDICO PREFERIDOS

Nombre de la farmacia:	Teléfono de la farmacia:
Dirección de la farmacia:	
Nombre del médico:	Teléfono del médico:

LISTA DE MEDICAMENTOS / SUPLEMENTOS

Incluya todos los medicamentos, remedios herbales y terapias de reemplazo de nicotina que esté tomando, incluidos los de venta libre.

HISTORIAL DENTAL

1. Motivo principal de la consulta:

2. ¿Cuándo fue su último examen dental de rutina/limpieza?

3. ¿Cuándo fueron sus últimas radiografías dentales?

4. ¿Ha recibido alguno de los siguientes procedimientos dentales?

- Implantes dentales Endodoncia (tratamientos de conducto) Extracciones (dientes extraídos)
 Ortodoncia (brackets/frenos) Cirugía periodontal (de encías) Prótesis removibles (dentaduras o parciales)
 Raspado y alisado radicular Otro, por favor describa: _____

5. ¿Ha tenido algún problema con anestesia local, nitroso, sedantes o dificultad para adormecerse en el pasado? Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Reacción a la anestesia local Reacción al óxido nitroso Problemas para adormecer
 Reacción a la sedación Otro: _____

6. ¿Está experimentando o ha experimentado recientemente algún dolor dental, molestias, hinchazón o sangrado? Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Dolor Sensibilidad a frío Sensibilidad a caliente Sensibilidad a dulces Sensibilidad a presión
 Hinchazón de la cara Hinchazón de la boca Hinchazón del cuello Sangrado

7. ¿Tiene alguna otra preocupación relacionada con sus dientes o boca? Sí No

Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Mal aliento Rechina o aprieta los dientes Mandíbula que chasquea o hace clic Molestia en la mandíbula
 Dientes flojos Sabor metálico Mandíbula que se traba o salta Propenso(a) a úlceras aftosas
 Propenso(a) a fuegos labiales Llagas Tumores Úlceras Sabor desagradable Otro: _____

8. Califique su miedo a tratamiento dental en una escala del 0 (sin miedo) al 10 (miedo extremo):

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. ¿Tiene alguna petición especial con respecto a su atención que le gustaría que su equipo dental conozca?

HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Está actualmente, o ha estado en el último año, bajo el cuidado de un médico? Sí No

Si respondió sí, ¿cuáles son las enfermedades que está tratando? _____

2. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, cirugía u hospitalización en los últimos 5 años? Sí No

Si respondió sí, por favor describa: _____

3. ¿Tiene antecedentes de procedimientos quirúrgicos? Sí No

Si respondió sí, por favor seleccione los procedimientos quirúrgicos a los que se ha sometido.

- Apendicectomía Espalda Cerebro Reparación de hueso roto Cardíaco Cesárea Ojo
 Extirpación de vesícula biliar Histerectomía Reemplazo de articulación Trasplante de órgano
 Amígdalas/Adenoides Otro, detalles: _____

4. ¿Está tomando medicamentos con receta para controlar el dolor de forma diaria o regular? Sí No

Si respondió sí, ¿tiene un 'Contrato de Dolor'? Sí No Si respondió que sí, por favor describa: _____

5. ¿Usa o ha usado productos de tabaco o nicotina? Sí No Si respondió sí, Uso pasado Uso actual

Si respondió que sí, por favor seleccione los tipos de productos de tabaco o nicotina que usa o ha usado:

- Bidis Tabaco de mascar Puros E-cig/Vapeo Hookah Chicles de nicotina Parches de nicotina
 Sobres de nicotina Cigarrillos Rapé (tabaco en polvo) Otro, detalles: _____

6. ¿Bebe 3 o más bebidas alcohólicas al día de forma regular? Sí No

¿Es dependiente del alcohol? Sí No

¿Ha recibido tratamiento? Sí No

7. ¿Consume sustancias con fines recreativos (marihuana, medicamentos con receta, drogas callejeras, otras sustancias)?
 Sí No Si respondió sí, Uso pasado Uso actual Si respondió sí, seleccione las sustancias que usa o ha usado.

Cocaína Éxtasis Heroína Marihuana Metanfetamina Oxycontin

Otro, por favor especifique: _____ ¿Es dependiente de alguna droga? Sí No

8. ¿Ha tomado o está programado para tomar bisfosfonatos orales o intravenosos? Sí No
Si respondió que sí, por favor seleccione los medicamentos a continuación.

- Alendronato (Fosamax) Clodronato (Bonefos) Etidronato (Didronel) Fosamax Plus D
 Ibandronato (Boniva) Pamidronato (Aredia) Risedronato (Actonel) Tiludronato (Skelid)
 Ácido zolendrónico (Reclast, Zometa)

SI APLICA

9. ¿Está embarazada o podría estarlo? Sí No Si respondió sí, ¿cuántas semanas? __ ¿Fecha estimada de parto? __

10. ¿Está amamantando?
 Sí No

11. ¿Está tomando pastillas anticonceptivas, medicamentos para la fertilidad o terapia hormonal? Sí No

CONDICIONES MÉDICAS

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, PROBLEMAS O SÍNTOMAS?

12. Problemas cardiovasculares / del corazón Sí No si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Fibrilación auricular (A-fib) Angina (dolor en el pecho) Arteriosclerosis Válvula(s) cardíaca artificial
 Arritmia (latido cardíaco irregular) Presión arterial - Alta Presión arterial - Baja
 Defecto cardíaco congénito Insuficiencia cardíaca congestiva Enfermedad coronaria
 Válvula cardíaca dañada Ataque cardíaco (infarto) Soplo cardíaco Colesterol alto
 Desfibrilador implantable Endocarditis infecciosa Prolapso de la válvula mitral Cirugía a corazón abierto
 Marcapasos Palpitaciones Síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS)
 Fiebre reumática/Enfermedad cardíaca reumática Falta de aire (dificultad para respirar)
 Duerme con dos o más almohadas Hinchazón de los tobillos Otro: _____

13. Problemas respiratorios / pulmonares Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Asma Bronquitis Enfisema/EPOC Tos persistente Neumonía Sarcoidosis Apnea del sueño
 Ronquidos Tuberculosis Otro: _____

CONDICIONES MÉDICAS CONTINUACIÓN

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, PROBLEMAS O SÍNTOMAS?

14. Trastornos de la diabetes Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Nivel de A1C: _____ Nivel de azúcar en sangre: _____ Diabetes gestacional Prediabetes Diabetes tipo 1
 Diabetes tipo 2

15. Trastorno endocrino Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Enfermedad de Addison Trastorno de las glándulas suprarrenales SOP Problemas de la tiroides
 Hipotiroidismo Hipertiroidismo Otro: _____

16. Trastorno renal / urogenital Sí No Si respondió sí, marque todas las que correspondan.

- Diálisis Piedras en los riñones Micción frecuente Problemas de próstata Insuficiencia / fallo renal
 Otro: _____

17. Cáncer / Tumores / Quimioterapia / Tratamiento con Radiación Sí No

Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Cáncer/tumores Si respondió que sí, Maligno Benigno
 Vejiga Mama (senos) Colorrectal Endometrio Riñón Leucemia: Linfocítica aguda
 Leucemia: Linfocítica crónica Leucemia: Mielógena aguda Leucemia: Mielógena crónica Pulmón
 Linfoma: De Hodgkin Linfoma: No Hodgkin Mieloma múltiple Páncreas Próstata
 Piel: Melanoma Piel: No melanoma Tiroides Otro cáncer/tumores: _____
 Quimioterapia Tratamiento con radiación en la región de cabeza/cuello Otro tratamiento con radiación

18. Problemas neurológicos / del sistema nervioso Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Demencia/Alzheimer (pérdida de memoria) Desmayos o episodios de mareo
 Sensación de hormigueo o adormecimiento Fibromialgia Dolor de cabeza Migraña Neuropatías
 Enfermedad de Parkinson Convulsiones / Epilepsia Derrame AIT (ataque isquémico transitorio)
 Neuralgia del trigémino Vértigo Debilidad Otro _____

19. Trastornos de salud mental Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- TDA/TDAH (Trastorno por Déficit de Atención / con Hiperactividad) Ansiedad
 Trastorno bipolar / depresión maníaca Depresión Trastorno obsesivo compulsivo
 Trastorno de estrés postraumático Esquizofrenia Otro: _____

20. Trastornos sanguíneos/hematológicos/transfusiones Sí No

Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Anemia Trastornos de sangrado: Inducido por fármacos Hemofilia Púrpura trombocitopénica idiopática
 Enfermedad de Von Willebrand Se le forman moretones fácilmente Trombosis venosa profunda
 Anemia de células falciformes Rasgo de células falciformes Talasemia Transfusiones – Fecha: _____
 Otro: _____

21. Trastorno gastrointestinal (GI) Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Reflujo ácido (ERGE) Enfermedad de Crohn Cálculos biliares Acidez estomacal
 Síndrome del intestino irritable (SII) Úlceras Otro: _____

CONDICIONES MÉDICAS CONTINUACIÓN

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES, PROBLEMAS O SÍNTOMAS?

22. Hepatitis/Ictericia/Enfermedad hepática Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Cirrosis / Enfermedad hepática crónica Hepatitis: Tipo A Hepatitis: Tipo B Hepatitis: Tipo C
 Hepatitis: Otras: _____ Ictericia (piel/ojos amarillos)

23. Trastorno musculoesquelético/del tejido conectivo Sí No

Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Artritis: Reumatoide Artritis: Osteoartritis Artritis: Otro: _____ Gota Discos herniados
 Problemas de cuello/espalda Osteoporosis Fusiones espinales
 Trastorno de la articulación temporomandibular (TAM) Otro: _____

24. Trastorno autoinmune Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Inmunosupresión inducida por fármacos o radiación Lupus Esclerosis múltiple Psoriasis
 Esclerodermia Trastorno de Sjögren Otro: _____

25. Problemas de conducta/crecimiento/desarrollo Sí No Si respondió sí, marque todas las que correspondan.

- Autismo Problemas de conducta Retraso en el desarrollo Nerviosismo excesivo Trastorno genético
 Discapacidad intelectual/de aprendizaje Neuroatípico No verbal Problema de crecimiento físico
 Nacimiento prematuro/Complicaciones del embarazo Síndrome de Tourette Otro: _____

26. Enfermedad infecciosa Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- SIDA VIH Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM) Mononucleosis
 ITS (Infección de transmisión sexual): Si respondió sí, describa: _____ Otro: _____

27. Problemas de cabeza/ojo/oído/nariz/garganta Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Cataratas Glaucoma Discapacidad auditiva Amigdalitis Piedras en las amígdalas Problemas de visión
 Usa lentes de contacto Otro: _____

28. Trastorno alimenticio Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Anorexia Bulimia Otro: _____

29. ¿Tiene algún otro problema, enfermedad o condición que no se haya mencionado? Sí No

Si respondió sí, por favor especifique: _____

ALERGIAS

30. ¿Tiene alguna alergia? Sí No Si respondió sí, seleccione todas las opciones que correspondan.

- Animales Aspirina Barbitúricos (sedantes o pastillas para dormir) Codeína u otros narcóticos
 Anestésicos locales (o sus conservantes) Alimentos Rinitis alérgica/Alergias estacionales Yodo
 Látex (hule) Metales/Joyería (níquel/cromo) Penicilina Medicamentos con sulfam Otro: _____