



## Formulario de Resumen del Paciente

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:
Dirección postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:
Número de teléfono móvil:		Correo electrónico:
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		Género: <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** (por favor marque uno): <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?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Implantes dentales                    | <input type="checkbox"/> Cirugía periodontal (de encías)              |
| <input type="checkbox"/> Endodoncia (tratamientos de conducto) | <input type="checkbox"/> Prótesis removibles (dentaduras o parciales) |
| <input type="checkbox"/> Extracciones (dientes extraídos)      | <input type="checkbox"/> Raspado y alisado radicular                  |
| <input type="checkbox"/> Ortodoncia (brackets/frenos)          | <input type="checkbox"/> Otro, por favor describa:                    |

**5. ¿Ha tenido algún problema con anestesia local, nitroso, sedantes o dificultad para adormecerse en el pasado?**

Sí  No

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reacción a la anestesia local | <input type="checkbox"/> Problemas para adormecer |
| <input type="checkbox"/> Reacción al óxido nitroso     | <input type="checkbox"/> Otro:                    |
| <input type="checkbox"/> Reacción a la sedación        |   |

**6. ¿Está experimentando o ha experimentado recientemente algún dolor dental, molestias, hinchazón o sangrado?**

Sí  No

- |                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor        | <input type="checkbox"/> Hinchazón |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad | <input type="checkbox"/> Cara      |
| <input type="checkbox"/> Frío         | <input type="checkbox"/> Boca      |
| <input type="checkbox"/> Caliente     | <input type="checkbox"/> Cuello    |
| <input type="checkbox"/> Dulces       | <input type="checkbox"/> Sangrado  |
| <input type="checkbox"/> Presión      |                                    |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mal aliento                        | <input type="checkbox"/> Propenso(a) a úlceras aftosas |
| <input type="checkbox"/> Rechina o aprieta los dientes      | <input type="checkbox"/> Propenso(a) a fuegos labiales |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula que chasquea o hace clic | <input type="checkbox"/> Llagas                        |
| <input type="checkbox"/> Molestia en la mandíbula           | <input type="checkbox"/> Tumores                       |
| <input type="checkbox"/> Dientes flojos                     | <input type="checkbox"/> Úlceras                       |
| <input type="checkbox"/> Sabor metálico                     | <input type="checkbox"/> Sabor desagradable            |
| <input type="checkbox"/> Mandíbula que se traba o salta     | <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Apendicectomía	<input type="checkbox"/> Reparación de hueso roto	<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación
<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Cardíaco	<input type="checkbox"/> Extirpación de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Trasplante de órgano
<input type="checkbox"/> Cerebro	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Histerectomía	<input type="checkbox"/> Amígdalas/Adenoides
<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Heroína	<input type="checkbox"/> Metanfetamina	<input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique:
<input type="checkbox"/> Éxtasis	<input type="checkbox"/> Marihuana	<input type="checkbox"/> Oxycontin	¿Es dependiente de alguna droga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> Alendronato (Fosamax)	<input type="checkbox"/> Clodronato (Bonefos)	<input type="checkbox"/> Etidronato (Didronel)	<input type="checkbox"/> Fosamax Plus D
<input type="checkbox"/> Ibandronato (Boniva)	<input type="checkbox"/> Pamidronato (Aredia)	<input type="checkbox"/> Risedronato (Actonel)	<input type="checkbox"/> Tiludronato (Skelid)
<input type="checkbox"/> Ácido zolendróico (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

<input type="checkbox"/> Fibrilación auricular (A-fib)	<input type="checkbox"/> Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Desfibrilador implantable	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática/ Enfermedad cardíaca reumática
<input type="checkbox"/> Angina (dolor en el pecho)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Endocarditis infecciosa	<input type="checkbox"/> Falta de aire (dificultad para respirar)
<input type="checkbox"/> Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Duerme con dos o más almohadas
<input type="checkbox"/> Válvula(s) cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca dañada	<input type="checkbox"/> Cirugía a corazón abierto	<input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos
<input type="checkbox"/> Arritmia (latido cardíaco irregular)	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco (infarto)	<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Otro:

<b>CONDICIONES MÉDICAS CONTINUACIÓN</b>			
<input type="checkbox"/> Presión arterial - Alta	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Palpitaciones	
<input type="checkbox"/> Presión arterial - Baja	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Síndrome de taquicardia ortostática postural (POTS)	
<b>13. Problemas respiratorios / pulmonares</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>14. Trastornos de la diabetes</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sarcoidosis	<input type="checkbox"/> Nivel de A1C:	<input type="checkbox"/> Prediabetes
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	<input type="checkbox"/> Nivel de azúcar en sangre:	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1
<input type="checkbox"/> Enfisema/EPOC	<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Diabetes tipo 2
<input type="checkbox"/> Tos persistente	<input type="checkbox"/> Tuberculosis		
<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Otro:		
<b>15. Trastorno endocrino</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>16. Trastorno renal / urogenital</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Addison	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Diálisis	<input type="checkbox"/> Problemas de próstata
<input type="checkbox"/> Trastorno de las glándulas suprarrenales	<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Piedras en los riñones	<input type="checkbox"/> Insuficiencia / fallo renal
<input type="checkbox"/> SOP	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Micción frecuente	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides			
<b>17. Cáncer / Tumores / Quimioterapia / Tratamiento con Radiación</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Cáncer/tumores Si respondió que sí, <input type="checkbox"/> Maligno <input type="checkbox"/> Benigno			
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Leucemia: Linfocítica aguda	<input type="checkbox"/> Linfoma: De Hodgkin	<input type="checkbox"/> Piel: Melanoma
<input type="checkbox"/> Mama (senos)	<input type="checkbox"/> Leucemia: Linfocítica crónica	<input type="checkbox"/> Linfoma: No Hodgkin	<input type="checkbox"/> Piel: No melanoma
<input type="checkbox"/> Colorrectal	<input type="checkbox"/> Leucemia: Mielógena aguda	<input type="checkbox"/> Mieloma múltiple	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Endometrio	<input type="checkbox"/> Leucemia: Mielógena crónica	<input type="checkbox"/> Páncreas	<input type="checkbox"/> Otro cáncer/tumores:
<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Pulmón	<input type="checkbox"/> Próstata	
<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación en la región de cabeza/cuello	<input type="checkbox"/> Otro tratamiento con radiación	
<b>18. Problemas neurológicos / del sistema nervioso</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Demencia/Alzheimer (pérdida de memoria)	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Vértigo
<input type="checkbox"/> Desmayos o episodios de mareo	<input type="checkbox"/> Migraña	<input type="checkbox"/> Derrame	<input type="checkbox"/> Debilidad
<input type="checkbox"/> Sensación de hormigueo o adormecimiento	<input type="checkbox"/> Neuropatías	<input type="checkbox"/> AIT (ataque isquémico transitorio)	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Neuralgia del trigémino	
<b>19. Trastornos de salud mental</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>20. Trastornos sanguíneos/hematológicos/transfusiones</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> TDA/TDAH (Trastorno por Déficit de Atención / con Hiperactividad)		<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Se le forman moretones fácilmente
<input type="checkbox"/> Ansiedad		<input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado	<input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar / depresión maníaca		<input type="checkbox"/> Inducido por fármacos	<input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes
<input type="checkbox"/> Depresión		<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Rasgo de células falciformes
<input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo compulsivo		<input type="checkbox"/> Púrpura trombocitopénica idiopática	<input type="checkbox"/> Talasemia
<input type="checkbox"/> Trastorno de estrés postraumático		<input type="checkbox"/> Enfermedad de Von Willebrand	<input type="checkbox"/> Transfusiones – Fecha:
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia		<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Otro:			

**CONDICIONES MÉDICAS CONTINUACIÓN**

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, problemas o síntomas?

<b>21. Trastorno gastrointestinal (GI)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>22. Hepatitis/Ictericia/Enfermedad hepática</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Reflujo ácido (ERGE)	<input type="checkbox"/> Síndrome del intestino irritable (SII)	<input type="checkbox"/> Cirrosis / Enfermedad hepática crónica	<input type="checkbox"/> Hepatitis: Otras:
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Hepatitis: Tipo A	<input type="checkbox"/> Ictericia (piel/ojos amarillos)
<input type="checkbox"/> Cálculos biliares	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Hepatitis: Tipo B	
<input type="checkbox"/> Acidez estomacal		<input type="checkbox"/> Hepatitis: Tipo C	
<b>23. Trastorno musculoesquelético/del tejido conectivo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>24. Trastorno autoinmune</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Artritis: Reumatoide	<input type="checkbox"/> Problemas de cuello/ espalda	<input type="checkbox"/> Inmunosupresión inducida por fármacos o radiación	
<input type="checkbox"/> Artritis: Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Lupus	<input type="checkbox"/> Trastorno de Sjögren
<input type="checkbox"/> Artritis: Otro:	<input type="checkbox"/> Fusiones espinales	<input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Trastorno de la articulación temporomandibular (TAM)	<input type="checkbox"/> Psoriasis	
<input type="checkbox"/> Discos herniados	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Esclerodermia	
<b>25. Problemas de conducta/crecimiento/desarrollo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>26. Enfermedad infecciosa</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Neuroatípico	<input type="checkbox"/> SIDA	<input type="checkbox"/> ITS (Infección de transmisión sexual)
<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> No verbal	<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Si respondió sí, describa:
<input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Problema de crecimiento físico	<input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SARM)	
<input type="checkbox"/> Nerviosismo excesivo	<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro/ Complicaciones del embarazo	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	
<input type="checkbox"/> Trastorno genético	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual/de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Otro:		
<b>27. Problemas de cabeza/ojo/oído/nariz/garganta</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>28. Trastorno alimenticio</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Cataratas	<input type="checkbox"/> Piedras en las amígdalas	<input type="checkbox"/> Anorexia	
<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Bulimia	
<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Usa lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Amigdalitis	<input type="checkbox"/> 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 las opciones que correspondan a continuación.

<input type="checkbox"/> Animales	<input type="checkbox"/> Anestésicos locales (o sus conservantes)	<input type="checkbox"/> Látex (hule)	<input type="checkbox"/> Otros antibióticos
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Metales/Joyería (níquel/cromo)	<input type="checkbox"/> Otro / Otros medicamentos:
<input type="checkbox"/> Barbitúricos (sedantes o pastillas para dormir)	<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica/Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> Penicilina	
<input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/> Yodo	<input type="checkbox"/> Medicamentos con sulfa	