

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: ☐ Él/Suyo ☐ Ella/Suya ☐ Ellos/Ellas/Suyos/Suyas ☐ Ze/Zir/Zirs ☐ Ze/Hir/Hirs	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero ☐ Prefiero no decirlo/No especificado ☐ Otro	
Identificación racial/étnica* (marque todas las que correspondan): ☐ Asiático ☐ Afroamericano o Negro ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Hispano o Latino ☐ Indio Americano o nativo de Alaska ☐ Blanco o Caucásico ☐ Oriente Medio/África del Norte ☐ Prefiero no responder		Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Chino ☐ Otro
Fecha de nacimiento:	Método de contacto preferido** (marque todos los que correspondan): ☐ Correo electrónico ☐ Texto ☐ 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, actualmente ☐ Sí, anteriormente ☐ No

¿Ha recibido tratamiento? ☐ Sí, actualmente ☐ Sí, anteriormente ☐ 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 (TATM) ☐ 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: _____