

# Blue Ridge Family Dentistry

1931 Commonwealth Dr  
Charlottesville, VA 22901  
434-296-5250

## REGISTRO DE SALUD Y EVALUACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE

Por favor sea lo más preciso. Nos ayudará a proveerle un tratamiento dental seguro y comprensivo

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_

### Por favor responda las siguientes preguntas. Si contesta Si, explique en el espacio proveído:

**Si No**

- ¿Ha sido paciente en algún hospital durante los pasados dos años?.....
- ¿Ha estado bajo el cuidado de algún doctor durante los pasados dos años?.....
- ¿Ha estado tomando algún medicamento o medicina durante los pasados dos años?.....
- ¿Alguna vez a tenido exceso de sangrado que haya requerido tratamiento especial?.....
- ¿Su doctor le ha dicho alguna vez que tiene cáncer o un tumor?.....
- ¿Ha perdido más de 10 libras en el pasado año?.....
- ¿Alguna vez a tomado Fen-Phen?.....
- ¿Alguna vez se ha despertado de su sueño debido a falta de aire?.....
- ¿Cuándo sube las escaleras, o sale a caminar, alguna vez se ha detenido por causa de dolor en el pecho, falta de aire o porque está cansado?.....
- ¿Es usted alérgico a (por ejemplo: picazón, erupción en la piel, inflamación en las manos, pies, ojos) o lo ha hecho enfermo la Penicilina, Aspirina, Codeína, Vicodín, Látex, o cualquier droga o medicina?.....
- ¿Tiene usted historial de uso de bisfosfonate?.....
- ¿Tiene usted historial de uso de Coumadin o Heparin?.....
- ¿Está usted recibiendo o alguna vez ha recibido tratamiento de diálisis?.....
- ¿Tiene usted Osteoporosis?.....

### Por Favor marque si tiene o a tenido alguna vez las siguientes condiciones:

**Si No**

- Insuficiencia Cardíaca
- Marcapasos
- Soplo en el corazón
- Cirugía del corazón
- Angina de pecho
- Alta/Baja presión arterial
- Derrame cerebral
- Hemofilia
- Válvula artificial en el corazón
- Articulación artificial
- Asma
- Enfermedades respiratorias
- Enfisema
- Bronquitis crónica
- Problemas renales (riñón)

**Si No**

- Cardiopatía
- Anemia
- Ulceras
- Glaucoma
- Dolor en la mandíbula
- Tuberculosis (TB)
- Sinusitis
- Rinitis/Alergias
- Alergia al látex
- Diabetes
- Enfermedad de la tiroides
- Rayos-x o tratamiento de cobalto
- Quimioterapia (Cáncer o Leucemia)
- Artritis
- Reumatismo

**Si No**

- SIDA
- HIV +
- Ictericia amarilla
- Hepatitis
- Osteoporosis
- Abuso de drogas o alcohol
- Hemofilia
- Enfermedad venérea
- Herpes labial / fuegos
- Epilepsia
- Desmayos o mareos
- Nerviosismo
- Tratamiento psiquiátrico
- Anemia falciforme
- Moretones fácilmente

¿Tiene usted una enfermedad o condición que no esté en la lista?.....

**Mujeres:** ¿Está embarazada?..... ¿Lactando?..... Fecha de alumbramiento..... ¿Usa pastillas anticonceptivas?.....

¿Esta usted tomando medicinas? Cual(es)?.....

Por lo que yo sé, todas las anteriores respuestas son verdaderas y correctas. Si algunas vez tengo algún cambio en mi salud o cambio en mis medicinas, le informaré al doctor de la dentistería en la siguiente cita sin faltar.

Firma del paciente..... Fecha.....

Resultados de la Evaluación física: BP: \_\_\_\_\_  
Pulso: \_\_\_\_\_

Firma del doctor: \_\_\_\_\_ Firma del coordinador de tratamiento \_\_\_\_\_