

ANTECEDENTES DEL ESTADO DEL PACIENTE

La fecha de hoy: _____/20____

Título		Nombre de pila		Apellido	
<input type="checkbox"/> El Sr. <input type="checkbox"/> La Sra. <input type="checkbox"/> Sra.. <input type="checkbox"/> Dr.					
Dirección postal			Ciudad / Provincia		Código Postal
Teléfono (casa)		Teléfono (celular)		Teléfono (trabajo)	
Fecha de nacimiento (Mes Día Año)			¿Quién lo refirió a nuestra oficina?		
/ /					
¿Podemos contactar a su médico para obtener información adicional si es necesario?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Nombre del médico:	
Altura	in cm	Peso	lb kg	Circunferencia del cuello	in cm
Dirección de correo electrónico		@			

Persona responsable de la cuenta		<input type="checkbox"/> Igual que arriba			
Título		Nombre de pila		Apellido	
<input type="checkbox"/> El Sr. <input type="checkbox"/> La Sra. <input type="checkbox"/> Sra.. <input type="checkbox"/> Dr.					
Dirección postal			Ciudad / Provincia		Código Postal
Teléfono (casa)		Teléfono (celular)		Teléfono (trabajo)	

Por favor, tenga en cuenta:

La información contenida en este formulario es confidencial y no será divulgada sin su autorización por escrito.

¿Cuál es su principal preocupación hoy, qué lo trae a nuestra oficina? Por favor describa lo mejor que pueda.		
¿Cuándo aparecieron los síntomas por primera vez? ¿Cuánto tiempo han estado presentes?	<input type="checkbox"/> <3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> > 12 meses	
¿Están empeorando los síntomas con el tiempo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	
¿Están siempre presentes sus síntomas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí (Explicar)	
¿Qué tratamiento(s) ha tenido hasta la fecha?		Month Year
		Month Year
		Month Year
		Month Year
		Month Year
¿Alguno de estos tratamientos ayudó? Por favor, explique.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
¿Experimenta dolores de cabeza?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí Cuando? <input type="checkbox"/> al despertar <input type="checkbox"/> mediodía	
	<input type="checkbox"/> por la tarde <input type="checkbox"/> por la noche <input type="checkbox"/> todo el día	
Where do they occur?	<input type="checkbox"/> obre los ojos <input type="checkbox"/> frente <input type="checkbox"/> templos <input type="checkbox"/> lado de la cabeza <input type="checkbox"/> base del cráneo <input type="checkbox"/> cuello	
Do they occur on one or both sides?	<input type="checkbox"/> parte izquierdo <input type="checkbox"/> parte derecha <input type="checkbox"/> ambos lados	
Are your headaches preceded by an aura?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	
Do your headaches spread to other areas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	
How often do you have headaches?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> cotidiano <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> mensualmente	

Por favor anote todos los medicamentos, incluyendo hierbas y actividades recreativas, que esté usando actualmente.		
Si usted tiene una copia impresa de su farmacia, por favor háganoslo saber para que podamos hacer una copia para su archivo.		
Por favor, liste cada uno en una línea separada. Utilice el reverso de esta página si necesita más espacio.		
Por favor anote cualquier condición médica con la que haya sido diagnosticado médicamente o por la que esté bajo tratamiento.		
¿Tiene antecedentes familiares de derrame cerebral o aneurismas cerebrales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	
¿Está tomando actualmente un medicamento antidepresivo del tipo ISRS? (Celexa, Lexapro, Prozac, Paxil, Pexeva, Zoloft, Vilazodone etc.)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí ¿Cuál de ellos?	
	¿Otro antidepresivo? ¿Cuál de ellos?	
	¿Cuánto tiempo lleva tomando este medicamento?	
¿Le han extirpado las amígdalas/adenoides?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí ¿A qué edad estaba usted cuando se los quitaron?	
¿Respira por la boca?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí, cuando se está despierto <input type="checkbox"/> Sí, cuando duerme <input type="checkbox"/> Sí, todo el tiempo	
¿Le han dicho que ronca?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	
¿Alguna vez se despierta jadeando o ahogándose?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	
¿Alguna vez su compañero de cama le ha dicho que usted deja de respirar en la noche?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	
¿Alguna vez se ha realizado un estudio del sueño durante la noche en un laboratorio del sueño?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?	
¿Ha sido diagnosticado con apnea del sueño o UARS (síndrome de resistencia de las vías respiratorias superiores)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí	

Hombres: ¿qué posibilidades hay de que te quedes dormido cuando lo estés?

Mujeres: ¿cuál es la probabilidad de que te sientas soñoliento cuando lo estés?

	No hay posibilidad	Probabilidad leve	Probabilidad moderada	Probabilidad severa
¿Sentado y leyendo un libro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Viendo la tele?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse en un lugar público (teatro, reuniones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Como pasajero en un coche durante una hora sin descanso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tumbado por la tarde cuando las circunstancias lo permiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sentado tranquilamente después del almuerzo sin alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un coche, cuando se detiene por unos minutos en el tráfico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total:

¿Con qué frecuencia mastica chicle?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente
¿Tiene dolor en las articulaciones de la mandíbula cuando se abre de par en par o cuando mastica?	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Lado Izquierda <input type="checkbox"/> Lado derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados
¿Su mandíbula hace clic o chasquido al abrir o cerrar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Lado Izquierda <input type="checkbox"/> Lado derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados
¿Alguna vez su mandíbula se ha cerrado de par en par donde no podía cerrar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Lado Izquierda <input type="checkbox"/> Lado derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados
¿Alguna vez ha cerrado la mandíbula donde no podía abrirla?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Lado Izquierda <input type="checkbox"/> Lado derecho <input type="checkbox"/> Ambos lados
¿Experimenta dolor en el cuello?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Lado Izquierda <input type="checkbox"/> superior delantera <input type="checkbox"/> Ambos lados
¿Experimenta dolor en los hombros?	
¿Sus dientes son sensibles al calor, al frío o al dulce?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Superior izquierdo <input type="checkbox"/> superior delantera <input type="checkbox"/> Superior derecha <input type="checkbox"/> Inferior izquierdo <input type="checkbox"/> inferior delantera <input type="checkbox"/> Inferior derecha
¿Le duelen los dientes sin razón?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí
¿Es usted propenso a las infecciones de los senos paranasales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí

Are you being treated for periodontal (gum) disease or have loose teeth?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí Explicar:
--	---

Have you been involved in any accidents? Please indicate what kind of accident i.e. car, fall, etc. and approximately when it occurred.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí		<i>Mes</i>	<i>Año</i>
Were you ever knocked unconscious?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí ¿Por cuánto tiempo?	minutos		

Información adicional:

(Por favor, agregue cualquier información adicional que considere útil)

Consentimiento para el examen:

Yo, _____, doy mi consentimiento para que el Dr. Luco me examine hoy, incluyendo radiografías si es necesario. También doy mi consentimiento para que el Dr. Luco se comunique con mi dentista, mi médico de familia y cualquier especialista que me trate para obtener información adicional, si es necesario. Doy mi consentimiento para que el Dr. Luco envíe un informe escrito del examen de hoy al médico que lo derivó. Entiendo que aunque la mayoría de los planes dentales cubren este examen, soy responsable de cualquier cargo que no esté cubierto por mi plan dental. Toda la información listada es correcta y no estoy ocultando ninguna información,

Patient's Signature

Date

Reviewer's Signature

Date

Gracias por completar este cuestionario. Revisaremos esto con usted en breve y agregaremos información adicional según sea necesario.

Esta información es confidencial y no será revelada a terceros que no sean los mencionados anteriormente (incluyendo compañías de seguros) sin su consentimiento por escrito.