

Complete todas las secciones. Si no está seguro/a, marque « No estoy seguro/a ».

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Tratamiento _____	Nombre _____
Apellido _____	N.º de tarjeta de salud _____
Correo electrónico _____	Fecha de nacimiento _____
Ocupación _____	Empleador _____
Dirección _____	Referido/a por _____
Código postal _____	Teléfono de casa _____
Teléfono de trabajo _____	Celular _____
Contacto de emergencia _____	Teléfono de emergencia _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Está recibiendo tratamiento por alguna condición médica actualmente o lo ha recibido durante el último año? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Cuándo fue su último chequeo médico? _____

¿Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Toma medicamentos, productos sin receta o suplementos herbales de cualquier tipo? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Tiene alguna alergia? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Medicamentos _____

Látex / productos de goma _____

Otras alergias _____

¿Ha tenido alguna reacción inusual o adversa a medicamentos o inyecciones? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Tiene o ha tenido asma? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Tiene o ha tenido problemas cardíacos o de presión arterial? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Ha tenido reemplazo o reparación de una válvula cardíaca, endocarditis infecciosa, cardiopatía congénita o trasplante de corazón? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Ha tenido hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Qué tipo de hepatitis? _____

¿Tiene una articulación protésica o artificial? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Tiene un problema o trastorno de sangrado? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Ha sido hospitalizado/a por alguna enfermedad u operación? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Tiene alguna condición o terapia que pueda afectar su sistema inmunitario (p. ej., leucemia, SIDA, VIH, radioterapia, quimioterapia)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

AFECCIONES Y ANTECEDENTES DE SALUD

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Marque todas las que correspondan.

☐ SIDA	☐ Alzheimer	☐ Angina
☐ Anemia	☐ Artritis	☐ Transfusión sanguínea
☐ Cáncer	☐ Dolor de pecho	☐ Herpes labial
☐ Diabetes tipo 1	☐ Diabetes tipo 2	☐ Trastornos digestivos / reflujo
☐ Dependencia drogas / alcohol	☐ Enfisema	☐ Epilepsia / convulsiones
☐ Fibromialgia	☐ Lesión cabeza / cuello	☐ Ataque cardíaco
☐ Soplo cardíaco	☐ Presión alta / baja	☐ VIH
☐ Hodgkin	☐ Hipo-/hiperglucemia	☐ Enfermedad renal
☐ Enfermedad pulmonar	☐ Lupus	☐ Migraña
☐ Prolapso mitral	☐ Medicamentos para osteoporosis	☐ Marcapasos
☐ Parkinson	☐ Radiación / quimioterapia	☐ Fiebre reumática
☐ Infección de transmisión sexual	☐ Falta de aire	☐ Apnea del sueño
☐ Terapia con esteroides	☐ Úlceras estomacales	☐ Accidente cerebrovascular
☐ Candidiasis oral	☐ Trastorno tiroideo	☐ Trastorno de ATM
☐ Tuberculosis		

¿Tiene o ha tenido alguna condición o enfermedad no indicada arriba? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

¿Hay enfermedades o problemas médicos hereditarios en su familia (p. ej., diabetes, cáncer o enfermedad cardíaca)? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, explique / indique: _____

HÁBITOS Y ATENCIÓN DENTAL

¿Fuma o mastica productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Con qué frecuencia usa tabaco y desde hace cuánto tiempo? _____

¿Se pone nervioso/a durante el tratamiento dental? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

¿Consume alcohol? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a

Si respondió sí, ¿con qué frecuencia consume alcohol? _____

Dentista _____ Teléfono _____

Dirección _____

CONSENTIMIENTO Y PRIVACIDAD

La información proporcionada arriba es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Aviso de privacidad (PHIPA)

La Ley de Protección de la Información Personal de Salud de Ontario de 2004 (PHIPA) permite recopilar, usar y divulgar información personal de salud según lo autorizado por la ley. Usamos su información para prestar atención de salud, obtener pagos, apoyar actividades permitidas del sistema de salud y cumplir requisitos legales o regulatorios. Salvo que usted indique lo contrario, podemos compartir información pertinente con profesionales de salud que participen en su atención cuando PHIPA lo permita. Hable con nuestro equipo si tiene preguntas o desea conversar sobre límites al intercambio.

Firma del paciente / tutor _____ Fecha _____