##  HC. N°: Haga clic aquí para escribir texto.

 Hola!!

 Bienvenido …, muchas gracias por confiarnos en ayudarlo para que recupere su salud. Por favor tómese 30 minutos y con tranquilidad podrá completar, sobre las casillas de color gris, su historia de vida, de salud y enfermedad, así como los antecedentes y comportamientos de la enfermedad por la cual nos solicita ayuda.

De esta manera podremos construir pormenorizadamente su diagnóstico personal y en equipo, Ud. y nosotros, y así trabajar para guiarlo en restablecer su salud.

 Si tiene alguna duda, con toda confianza pregunte a Marisa (secretaria) que ella le ayudará en lo que necesita.

 Si no le incumbe a la secretaria, al momento de iniciar, en mesa redonda, durante nuestro diálogo, podrá entonces preguntarme todo lo que desee.

 Nos vemos pronto…



 FECHA: Haga clic aquí para escribir una fecha.

**DATOS PERSONALES:**

 Apellido y Nombre: Haga clic aquí para escribir texto.

 CUIT/CUIL:

 Fecha de nacimiento: Haga clic aquí para escribir texto. Edad: Haga clic aquí para escribir una fecha.

 Sexo F [ ]  - M [ ]

 Grupo sanguíneo: 0[ ]  - A[ ]  - B[ ]  - AB[ ]  Factor: (+)[ ]  - (-)[ ]

 Estado civil? Haga clic aquí para escribir texto.¿Cuántos hijos tiene? Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿Cuantos hermanos tiene? Haga clic aquí para escribir texto.

**Domicilio particular**

Telefono (y código de área) Haga clic aquí para escribir texto.

E- MAIL: Haga clic aquí para escribir texto.

Localidad Haga clic aquí para escribir texto. Provincia Haga clic aquí para escribir texto.C.P Haga clic aquí para escribir texto.

1. **DATOS LABORALES**

Ocupación.Haga clic aquí para escribir texto. Domicilio Laboral Haga clic aquí para escribir texto.

LocalidadHaga clic aquí para escribir texto. Provincia Haga clic aquí para escribir texto. C.P Haga clic aquí para escribir texto.

Teléfono Haga clic aquí para escribir texto.Horario de trabajo Haga clic aquí para escribir texto.

**3. DATOS de CONSULTA**

 **Recomendado por.** Haga clic aquí para escribir texto.Teléfono.Haga clic aquí para escribir texto.

 **Odontólogo que lo atiende.** Haga clic aquí para escribir texto.Teléfono.Haga clic aquí para escribir texto.

**Por favor explique el motivo de su consulta:** Haga clic aquí para escribir texto.

**¿Cuál ha sido la última enfermedad y/u operación y/o tratamiento que le realizaron antes de la aparición de su problema actual? (en cualquier lugar de su cuerpo).** Haga clic aquí para escribir texto.

 Apellido y Nombre: Haga clic aquí para escribir texto.

 ANTECEDENTES de SALUD y ENFERMEDAD

**Por favor marque con una cruz la opción que corresponda y agregue todos los comentarios que crea necesario. También puede utilizar los términos “SI” – “NO” – “NO SE”**

**SI NO**

*Su información es absolutamente confidencial*

 [ ]  [ ]  -¿Tiene algún diente o muela sensible?

 [ ]  [ ]  -¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?

 [ ]  [ ]  -¿Le sangran las encías espontáneamente?

 **SI - NO- NO SE**

¿Rechina o frota los dientes cuando duerme? ------ --------------------------------- [ ]  [ ]  [ ]

¿Alguna persona lo/la escucha rechinar los dientes cuando Ud. duerme?---- [ ]  [ ]  [ ]

¿Al despertar, frecuentemente siente que ha estado apretando sus dientes [ ]  [ ]  [ ]  Cuando despierta ¿frecuentemente siente dolor o fatiga en su mandíbula?-- [ ]  [ ]  [ ]  Cuando se despierta ¿frecuentemente tiene la sensación de que sus [ ]  [ ]  [ ]

dientes están flojos? ------------------------------------------------------------------------ [ ]  [ ]  [ ]

 Cuando se despierta ¿con frecuencia siente doloridos sus dientes y/o

encías?------------------------------------------------------------------------------------------- [ ]  [ ]  [ ]

 Cuando se despierta ¿con frecuencia tiene dolor de cabeza en el área

de la sien? -------------------------------------------------------------------------------------- [ ]  [ ]  [ ]  Cuando se despierta ¿con frecuencia tiene la mandíbula trabada? ---------- [ ]  [ ]  [ ]  ¿Se ha encontrado apretando sus dientes durante el día? ---------------- [ ]  [ ]  [ ]

¿En qué momentos? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Se ha encontrado rechinando o frotando sus dientes durante el día? ------- [ ]  [ ]  [ ]

¿En qué momentos? Haga clic aquí para escribir texto.

¿cuántas veces por día va de cuerpo? O ¿cada cuántos días va de cuerpo?

 (11)

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Le da trabajo abrir su boca?

 -Si le da trabajo abrir su boca: ¿por qué? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  - ¿Le duele la articulación de la mandíbula? derecha [ ]

 y/o izquierda [ ]

[ ]  [ ]  - ¿Le duele algún músculo de la cara o cabeza? -Del lado derecho [ ]

 y/o izquierdo [ ]

[ ]  [ ]  -¿Le duele en otro lugar?

 -Por favor mencione dónde le duele Haga clic aquí para escribir texto.

 **SI NO**

 [ ]  [ ]  -¿Se traba su boca / mandíbula?

 -Si se traba: ¿Cuándo?

 -¿Cuando abre la boca? [ ]

 -¿Cuándo cierra la boca? [ ]

 -¿Cuándo mastica? [ ]

 -¿Cuándo bosteza? [ ]

 - En otra situación [ ]

 -Por favor describir en qué situación se le traba la boca: Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Suele tener dolor de oídos o en zonas vecinas al oído?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota UD. que está perdiendo la audición?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota UD. ruidos dentro de los oídos?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota sensación de oído tapado?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

[ ]  [ ]  -¿Nota zumbido en el oído?

 -Derecha [x]  Izquierda [ ]  -Permanente [ ]  -Poco frecuente [ ]

-Si tiene zumbido: ¿en que momentos? Haga clic aquí para escribir texto.

-¿Cuánto tiempo hace que tiene el zumbido? Haga clic aquí para escribir texto.

-¿A qué supone Ud. se debe la presencia del zumbido? Haga clic aquí para escribir texto.

-¿Le han realizado algún tratamiento por el zumbido y/o dolor de oído?

¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

-¿Qué medicación está tomando o ha tomado para tratar aquella enfermedad del oído? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Tiene con frecuencia **dolores de cuello**?

 - Si tiene dolor de cuello: ¿cuál es el momento de mayor intensidad?

¿Cuándo se levanta de dormir? [ ]

¿Cuándo se agacha? [ ]

¿Al medio día? [ ]

¿Cuándo termina el día? [ ]

¿Cuándo duerme? [ ]

[ ]  [ ]  - ¿El dolor de cuello es permanente?

 -¿Cuántas veces por semana tiene dolor de cuello? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿toma algún medicamento para calmar el dolor de cuello?

 ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

Por favor marque la localización del dolor de cuello **cliqueando en las casillas** ubicadas en el sitio del dolor y así también poder marcar hacia donde se irradia el dolor, como UD. lo percibe y lo siente.

|  |
| --- |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

|  |
| --- |
| Escala de dolor: Por favor, cliquear en la casilla, el valor o percepción/expresión del **dolor de CUELLO** que UD. siente. |
|  |
| [ ] [ ] dolor eva eseci[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿Tiene con frecuencia **dolores de cabeza**?

 Si tiene dolor de cabeza: ¿cuál es el momento de mayor intensidad?

¿Cuándo se levanta de dormir? [ ]

¿Cuándo se agacha? [ ]

¿Al medio día? [ ]

¿Cuándo termina el día? [ ]

¿Cuándo duerme? [ ]

¿pre-menstrual? [ ]

[ ]  [ ]  - El dolor de cabeza es permanente

 -¿Cuántas veces por semana tiene dolor de cabeza? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿Toma algún medicamento para calmar el dolor de cabeza?

 ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

Por favor marque la localización del dolor de cabeza **cliqueando en las casillas** ubicadas en el sitio del dolor y así también poder marcar hacia donde se irradia el dolor, como UD. lo percibe y lo siente.

|  |
| --- |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

|  |
| --- |
| Escala de dolor: Por favor, cliquear en la casilla, el valor o percepción/expresión del **dolor de CABEZA** que UD. siente. |
|  |
| [ ] dolor eva eseci[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Le sale agua o moco de la nariz con frecuencia?

[ ]  [ ]  -¿Tiene **rinitis** crónica?

 -Si tiene rinitis y está en tratamiento: [ ]

 -¿Qué medicación esta tomando para la rinitis? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿Tiene **sinusitis** crónica?

 -Si tiene sinusitis y esta en tratamiento: [ ]

 -¿Qué medicación esta tomando para la sinusitis? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿Tiene **asma**?

 -Si tiene asma y está en tratamiento: [ ]

 -¿Qué medicación toma para el asma?Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿Tiene **alergia**?

 -Si tiene alergia: ¿a qué es alérgico/a? Haga clic aquí para escribir texto.

 -¿Qué esta tomando para la alergia? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Tuvo algún **traumatismo** (golpe o accidente) simple o importante en

 la cara o cráneo? Haga clic aquí para escribir texto.

 -Si tuvo traumatismos, por favor descríbalo e indique la edad a la que

 lo padeció: Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  -¿Estuvo bajo **anestesia general** en alguna oportunidad?

 -¿Con intubación? Si [ ]  - NO [ ]

-¿Cuándo y por qué? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Siente fatiga o **cansancio en los músculos** de la cara?

 -Si siente fatiga o cansancio: ¿Cuándo?

 Cuando se levanta de dormir? [ ]

 Cuando mastica? [ ]

Cuando termina de comer? [ ]

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Siente chasquidos o **ruidos** en la articulación de la mandíbula al

 Masticar [ ]  , Abrir [ ]  o cerrar [ ]  la boca?

 Derecha [ ]  Izquierda [ ]

 ¿Cómo describiría el ruido? (por favor, al ruido que percibe,

 descríbalo como le parezca que suena). Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ]  -¿Siente algún dolor al abrir al máximo su boca?

 - Si siente dolor: ¿El dolor es derecho? [ ]

 ¿El dolor es izquierdo? [ ]

Por favor, puede cliquear en las casillas para localizar el dolor que le produce abrir al máximo la boca, y asi marcar hacia donde se irradia el dolor, como UD lo sienta.

|  |
| --- |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

|  |
| --- |
| Escala de dolor: Por favor, cliquear en la casilla, el valor o percepción/expresión del **dolor ARTICULAR** que UD. siente. |
|  |
| [ ] [ ] dolor eva eseci[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿Nota UD. que su mordida ha cambiado o modificado últimamente?

 Si nota que muerde distinto:

[ ]  [ ] ¿Siente que los dientes de arriba se han ido hacia delante? [ ]  [ ] ¿Siente que los dientes de abajo se han ido hacia atrás?

[ ]  [ ] ¿Siente otra situación distinta? Por favor descríbalo: Haga clic aquí para escribir texto.

 **ANTECEDENTES SALUD – ENFERMEDAD**

Por favor, suscriba los medicamentos que Ud. está tomando actualmente: Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO ¿Ha tenido o tiene alguna de las siguientes enfermedades?**

[ ]  [ ]  Psoriasis.

[ ]  [ ]  **F U M A**: cigarrillo o tabaco [ ]  - Marihuana [ ]  - Otras ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿Cuántos fuma por día? Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿A qué hora fuma?

[ ]  [ ] ¿En qué momento/s? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  Enfermedades Infectas contagiosas.

[ ]  [ ]  Hepatitis.

[ ]  [ ]  Artritis reumatoide.

[ ]  [ ]  Artrosis [ ]  - Osteoporosis [ ]  – Osteopenia [ ]

 Si tiene artrosis u osteoporosis u osteopenia ¿Cómo se lo diagnosticaron? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿Está siendo tratada/o por artrosis u osteoporosis u osteopenia?

 ¿Qué medicación toma para la artrosis u osteoporosis u osteopenia?Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿Cuánto tiempo hace que tiene artrosis u osteoporosis u osteopenia?Haga clic aquí para escribir texto.

**Otras articulaciones.**

Tiene molestias - dolor [ ]  - y/o ruido [ ]  en otra articulación.

 ¿Dónde?Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ]  **Convulsiones**.

[ ]  [ ] ¿Actualmente tiene convulsiones?

[ ]  [ ] ¿Está tomando alguna medicación para las convulsiones?

¿Que medicamento/s toma para las convulsiones?Haga clic aquí para escribir texto.

¿Cuánto tiempo hace que toma el medicamento?Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  Fiebre reumática (reuma infeccioso).

[ ]  [ ]  Tiene alguna enfermedad del corazón - ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  Presión arterial elevada.

[ ]  [ ]  Presión arterial baja.

[ ]  [ ] ¿Está tomando algún/os medicamento/s para el corazón?

Por favor nombre los medicamentos y la dosis que toma por día:Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ]  Tiene alguna enfermedad de Hígado

[ ]  [ ] ¿Está operado de Apéndice?

[ ]  [ ] ¿Está operado de vesícula?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna otra operación? ¿Cuál/es?Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Piel?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Páncreas?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Estómago?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Intestino?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Sistema nervioso?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Vejiga?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: próstata?

[ ]  [ ]  Tiene alguna enfermedad de: testículos? [ ]  - Pene? [ ]

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Riñón? – Derecho [ ]  - Izquierdo [ ]

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Ovarios? [ ]  - Trompa [ ]  - Útero [ ]

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad de: Pulmón? – Derecho [ ]  - Izquierdo [ ]

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna enfermedad metabólica?

[ ]  [ ]  Diabetes [ ]  - Hipotiroidismo [ ]  – Hipertiroidismo [ ]

 ¿Cuánto tiempo hace que tiene esa enfermedad? Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿Qué medicación toma y cuál es la dosis diaria?Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  Tiene alguna/s otra/s enfermedad/es? ¿cuál/es? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] ¿Está embarazada? ¿Qué mes esta cursando?Haga clic aquí para escribir texto.

**Esta o ha estado en tratamiento:**

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿Psicológico?

[ ]  [ ] ¿Esta en tratamiento en este momento?

[ ]  [ ] ¿Psiquiátrico?

[ ]  [ ] ¿Esta en tratamiento en este momento?

[ ]  [ ] **¿Ha tenido depresión nerviosa?**

[ ]  [ ] ¿Está con depresión en este momento?

¿Qué medicación está tomando para la depresión y cuál es la dosis diaria? Haga clic aquí para escribir texto.

Si en este momento NO tiene depresión:

¿Cuánto tiempo hace que tuvo depresión? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Tomó alguna medicación? ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ] **¿Le han salido ronchas o erupciones cutáneas?**

¿Por qué le salieron ronchas o erupciones en la piel?

¿En qué áreas del cuerpo le salieron las erupciones? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] **¿Ha experimentado reacciones alérgicas a algún medicamento?**

¿A qué medicamento/s? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] ¿**Toma anticonceptivos**? o ¿tiene un DIU metálico [ ]  u hormonal [ ]  ?

u otro tipo de anticonceptivo [ ]  ? ¿Cuál?

 ¿Hace cuánto tiempo que está tomando anticonceptivos? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Por qué esta tomando anticonceptivos?

 Por anticoncepción [ ]  **-** Por otros motivos [ ]

Por favor, mencione porque motivos:Haga clic aquí para escribir texto.

 [ ]  [ ] ¿**Alguna vez tomó** anticonceptivos?

¿Por cuánto tiempo estuvo tomando anticonceptivos? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Cuánto hace que dejo de tomar anticonceptivos?Haga clic aquí para escribir texto.

¿Por qué motivo/s tomó anticonceptivos? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Algún medicamento le produce trastornos gastrointestinales? SI [ ]  NO [ ]

-¿Cuándo y por qué? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO** **Ha sentido alguna vez**:

[ ]  [ ]  Mucha angustia.

[ ]  [ ]  Cansancio y/o desgano exagerado.

[ ]  [ ]  Sentimiento de inferioridad.

[ ]  [ ]  Pérdida de apetito.

[ ]  [ ]  Trastornos del sueño (insomnio, interrupciones del sueño,

 Sueño poco reparador) duerme pero se levanta cansada Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿Por cuánto tiempo a sentido alguno o más de de las aspectos anteriores? Haga clic aquí para escribir texto.

 **Si No Ha tenido en alguna oportunidad:**

[ ]  [ ]  **Excesiva tensión muscular**Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  **Taquicardia**Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  **Gastritis** Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  **Diarrea** Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  **Mareos** Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  **Sudoración** Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  **Colon irritable** Haga clic aquí para escribir texto.

**¿Ante qué situaciones? ¿Con qué frecuencias?** Haga clic aquí para escribir texto.

**Al realizar sus actividades se definiría como una persona:**

**Si No**

[ ]  [ ]  Poco organizada.

[ ]  [ ]  Detallista y/o perfeccionista.

[ ]  [ ]  Con facilidad para delegar tareas en otras personas.

[ ]  [ ]  Muy exigente consigo mismo.

[ ]  [ ]  Con sentimientos de culpa al no poder cumplir con alguna de sus obligaciones. **(17)**

**SI NO En su vida cotidiana:**

[ ]  [ ] ¿Le duelen las piernas con frecuencia?

 ¿A qué atribuye su dolor de piernas?

Cansancio [ ]

Después de hacer deportes [ ]

Después de un día de mucho caminar [ ]

Embarazada [ ]

A otra situación. ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO Cuando duerme:**

[ ]  [ ] ¿Sueña con frecuencia? No importa si se acuerda o no, ni que sueña.

[ ]  [ ] ¿Habla dormido con frecuencia?

[ ]  [ ] ¿Duerme sólo/a?

[ ]  [ ] ¿Cuándo se levanta por las mañanas su cama está desordenada?

[ ]  [ ] ¿Se mueve mucho cuando duerme?

[ ]  [ ] ¿Escucha ruidos mientras duerme?

[ ]  [ ] ¿Lee en la cama cuando se va a dormir por las noches?

[ ]  [ ] ¿Tiene una televisión en el dormitorio donde duerme?

[ ]  [ ] ¿Por las mañanas le da mucho trabajo despertarse?

[ ]  [ ] ¿Se levanta cansado/a, como si no hubiera dormido?

[ ]  [ ] ¿Duerme siesta? ¿Cuánto tiempo? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ]  Cuando se va ha dormir: ¿siente ardor en el estómago o en el pecho

 y/o garganta? **(12)**

¿A qué hora se acuesta regularmente en su rutina laboral? Haga clic aquí para escribir texto.

¿A qué hora se levanta de dormir regularmente? Haga clic aquí para escribir texto.

**¿Bebe café, té, mate-cocido o mate-bombilla?** Haga clic aquí para escribir texto.

¿Cuántas veces al día lo toma? Haga clic aquí para escribir texto.

¿En que momentos del día lo toma?

Desayuno [ ]  - Almuerzo [ ]  - Merienda [ ]  - Cena [ ]

Y/o en otros momentos [ ]  ¿Cuáles? Haga clic aquí para escribir texto.

**¿Qué bebe en las comidas?**

[ ]  Agua. - [ ]  Soda.

[ ]  Gaseosa. ¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  Vino tinto - [ ]  Vino blanco.

[ ]  Jugo natural - [ ]  Jugos artificiales.

[ ]  Otras bebidas. ¿Cuáles?Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO Para endulzar:**

[ ]  [ ] ¿Utiliza azúcar? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] ¿Utiliza edulcorantes? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] ¿Come algo dulce frecuentemente, como postres y/o alguna

 golosina (NO FRUTA)?

¿Cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿En qué momentos? Haga clic aquí para escribir texto.

**- Durante las comidas:**

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿Agrega sal a sus alimentos?

**¿Cuál es su comida importante del día?**

 [ ]  Desayuno.

[ ]  Almuerzo. ¿Por qué es importante esa comida que ha seleccionado en la

 columna de la izquierda? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  Merienda.

[ ]  Cena.

¿**Qué come generalmente en la cena**? Haga clic aquí para escribir texto.

**¿Qué lácteos consume con frecuencia?** Haga clic aquí para escribir texto.

¿Cuantas veces por día? Haga clic aquí para escribir texto.

¿En qué horarios? Haga clic aquí para escribir texto.

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿**Consume verduras crudas**?

 ¿Cuántas veces a la semana? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] ¿**Consume verduras cocidas**?

 ¿Cuáles? Por favor menciónelas:Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] ¿**Consume frutas**?

 ¿Cuántas veces a la semana? Haga clic aquí para escribir texto.

 ¿Cuáles? Por favor menciónelas: Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] **¿Consume carnes?**

 ¿En el almuerzo? [ ]  - ¿En la cena? [ ]

 ¿Cuántas veces a la semana? 1 [ ]  – 2 [ ]  – 3 [ ]  – 4 [ ]  – 5 [ ]  – 6 [ ]  – 7 [ ]

 ¿Qué carnes? Pescado [ ]  – Vaca [ ]  – Cerdo [ ]  – Pollo [ ]

– Otra carne!: ¿cuál? Haga clic aquí para escribir texto.

 **Durante su trabajo o en su hogar o estudios o en su pasatiempo:**

**SI NO**

[ ]  [ ] ¿Utiliza computadora de escritorio?

 En su trabajo [ ]  – estudio [ ]  - pasatiempo [ ]

[ ]  [ ] ¿Utiliza computadora Notbook / netbook? En la cama[ ]

 En su trabajo [ ]  – estudio [ ]  - pasatiempo [ ]

[ ]  [ ] ¿Utiliza computadora Notbook / netbook sobre la cama?

 Para trabajar [ ]  – estudiar [ ]  - pasatiempo [ ]

¿Cuánto tiempo por día está sentado? Haga clic aquí para escribir texto.

¿Cuánto tiempo por día está parado? Haga clic aquí para escribir texto.

**Actividades extraordinarias a su trabajo/estudio**

Además de su trabajo/estudio:

¿Realiza otro estudio y/o trabajo? ¿Cuál?Haga clic aquí para escribir texto.

¿Cuántas veces por semana?Haga clic aquí para escribir texto.

¿En qué horarios realiza esta actividad?Haga clic aquí para escribir texto.

**¿Qué actividad deportiva realiza?** Haga clic aquí para escribir texto.

¿Cuántas veces por semana? Haga clic aquí para escribir texto.

¿En qué horarios los realiza? Haga clic aquí para escribir texto.

 **Por favor indique cuál de los siguientes síntomas percibe en este momento:**

**SI NO**

[ ]  [ ] **¿Siente dolor** [ ]  **y/o debilidad muscular** [ ]  **?**

[ ]  [ ] **¿Se entumecen sus manos** [ ]  **o tiene temblores** [ ]  **?**

[ ]  [ ] **¿Siente sus parpados hinchados o se los ve hinchados con frecuencia?**

[ ]  [ ] **¿Se cae su cabello con frecuencia?**

**SI NO**

[ ]  [ ] **¿Tiene sensibilidad extrema al frío en su cuerpo? ¿Sufre mucho el frío en el**

 **cuerpo?**

[ ]  [ ] **¿Estreñimiento?**

[ ]  [ ] **¿Su voz se pone ronca con frecuencia?**

 [ ]  [ ] **¿Su menstruación es irregular? (8)**

**SI NO**

[ ]  [ ]  ¿Está perdiendo peso corporal?

[ ]  [ ] ¿Tiene mucho apetito o hambre?

[ ]  [ ] ¿Le es dificultoso poder respirar?

[ ]  [ ] ¿Se siente fatigado frecuentemente?

[ ]  [ ] ¿Siente mucha intranquilidad?

[ ]  [ ] ¿Frecuentemente se siente confundido/a?

[ ]  [ ] ¿Tiene sensibilidad extrema al calor en su cuerpo? ¿Sufre mucho el

 calor en el cuerpo? Haga clic aquí para escribir texto.

[ ]  [ ] ¿Tiene palpitaciones con frecuencia?

[ ]  [ ] ¿Se siente con debilidad muscular general?

[ ]  [ ] ¿Se percibe ansioso/a?

[ ]  [ ] ¿Siente que ha cambiado emocionalmente? De optimista a pesimista.

 De alegre a triste. De valeroso a temeroso. **(11)**

[ ]  [ ] ¿A disminuido su flujo menstrual?

[ ]  [ ] ¿Está en período de menopausia?

[ ]  [ ] ¿Tiene alguna cicatriz en su cuerpo, por pequeña que sea?

 ¿Dónde? Haga clic aquí para escribir texto.

**F e c h a : … …./ ……….. / ……**

.........................................................................................................................

Firma del paciente, Padre / Madre o Tutor

...........................................................      ..............................................................

 Aclaración de la firma.

POR FAVOR, AHORA QUE HA COMPLETADO su **HISTORIA de VIDA y CLÍNICA, avise a Marisa (secretaria) o** guárdela con su nombre y renvíela al correo electrónico: luisgiam@gmail.com

¡muchas gracias!

¡lo estamos esperando!

 cordial saludo!

Luis