

Información del historial médico y dental del paciente

A nuestros pacientes: tenga en cuenta que podemos formular preguntas de seguimiento para asegurarnos de que tengamos toda la información que necesitamos a fin de poder tratarlo.

| INFORMACIÓN DEL PACIENTE | | | |
|---|--------------------------|---|--|
| Apellido: | Nombre: | Segundo nombre: | |
| Teléfono particular: | Teléfono celular: | Teléfono laboral: | |
| Dirección de correo electrónico: | | | |
| Domicilio postal: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Fecha de nacimiento: / / | Sexo: | | |
| Ocupación: | | | |
| Contacto de emergencia: Nombre: | Relación: | Teléfono: | |
| Si está completando el formulario en nombre de otra persona, ¿cuál es su nombre y la relación con esa persona? Nombre: _____ Relación: _____ | | | |
| Si firma este formulario en calidad de representante personal del paciente: Declaro y garantizo que tengo pleno derecho y autoridad legal para consentir la realización de cualquier procedimiento a este paciente. Si por alguna razón ya no tengo tal derecho y autoridad legal, lo notificaré de inmediato por escrito al consultorio. | | | |
| HISTORIAL DENTAL Y SÍNTOMAS | | | |
| ¿Cuál es el motivo de la visita de hoy? | | | |
| ¿Actualmente experimenta algún dolor o malestar dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿dónde? | | | |
| ¿Cuándo fue el último examen dental? / / ¿Qué se llevó a cabo en esa cita? | | | |
| ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron radiografías dentales? | | | |
| Marque la casilla con una «X» SOLO si se aplica a usted. | | | |
| ¿Le cuesta abrir la boca? | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le duele al masticar, morder o tragar? | <input type="checkbox"/> | Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió: _____ | |
| ¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? | <input type="checkbox"/> | | |
| ¿Se ha sometido alguna vez a tratamientos periodontales (de encías) como destartraje y alisado radicular? | <input type="checkbox"/> | ¿Ha tenido problemas con el tratamiento dental en el pasado? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene, o alguna vez ha tenido, llagas o protuberancias en la boca? | <input type="checkbox"/> | Si es así, describa lo ocurrido: _____ | |
| ¿Aprieta o hace rechinar los dientes? | <input type="checkbox"/> | ¿Alguna vez ha tenido una reacción o un problema con la anestesia dental? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Siente algún chasquido, crujido o dolor en la mandíbula? | <input type="checkbox"/> | Si es así, describa lo ocurrido: _____ | |
| ¿Tiene dolores de oído o de cuello? | <input type="checkbox"/> | | |
| ¿El tratamiento dental lo pone nervioso? | <input type="checkbox"/> | ¿No le gusta su sonrisa? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez ha experimentado alguno de estos trastornos respiratorios relacionados con el sueño? | <input type="checkbox"/> | Si es así, ¿por qué? Marque donde corresponda: | |
| <input type="checkbox"/> Respiración por boca <input type="checkbox"/> Ronquido <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar durante el sueño | | <input type="checkbox"/> El color de sus dientes <input type="checkbox"/> La forma de sus dientes <input type="checkbox"/> La posición de sus dientes | |
| | | <input type="checkbox"/> Otros. Describa: _____ | |
| MEDICACIONES Y OTROS PRODUCTOS/OTRAS SUSTANCIAS | | | |
| Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X». | | | Sí No ? |
| ¿Toma algún anticoagulante (como warfarina [Coumadin®], rivaroxabán [Xarelto®], dabigatrán [Pradaxa®], clopidogrel [Plavix®], heparina o aspirina)? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿qué medicación toma? _____ | | | |
| ¿Toma alguna medicación para tratar la osteoporosis o la enfermedad de Paget? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen alendronato (Fosamax®), risedronato (Actonel®), ibandronato (Boniva®), zolendronato (Reclast®) y denosumab (Prolia®). | | | |
| Si es así, ¿qué medicación toma? _____ | | | |
| ¿Usa, o tiene previsto usar, medicación intravenosa (IV) para tratar el dolor de huesos, la hipercalcemia o las complicaciones óseas derivadas de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen denosumab (Xgeva®), pamidronato (Aredia®) o zolendronato (Zometa®). | | | |
| Si es así, ¿qué medicación toma? _____ | | | ¿Hace cuántos años que la toma? _____ |
| ¿Recibe terapia de sustitución hormonal ? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Consume algún tipo de tabaco o productos de nicotina (cigarrillo, cigarro, rapé, tabaco para mascar, bidi)? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Utiliza productos de vapeo ? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por semana? _____ | | | |
| ¿Consume sustancias controladas (drogas), incluida la marihuana, por motivos medicinales o recreativos? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si es así, ¿qué sustancias? _____ | | | Si es así, ¿con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Varias veces por semana <input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> A veces |
| ¿La sustancia fue recetada por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿por qué razones? _____ | | | |
| ¿Toma algún otro medicamento recetado o de venta libre, vitaminas, hierbas o suplementos ? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Si es así, enumérelos aquí e incluya información sobre la cantidad y la frecuencia de uso de cada uno _____ | | | |
| SOLO PARA MUJERES: | | | |
| ¿Toma píldoras anticonceptivas ? | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Está embarazada ? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____ | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| ¿Está en el periodo de lactancia ? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____ | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

ALERGIAS Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».**Es alérgico o ha tenido una reacción alérgica a:**

| | Sí | No | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aspirina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codenaína u otros narcóticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre del heno/alergias estacionales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yodo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Látex (caucho) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Metales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina u otros antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sulfamidas como el sulfametoxazol-trimetoprima (Septra, Bactrim), eritromicina-sulfisoxazol, sulfasalazina (Azulfidine), eritromicina-sulfisoxazol (Erizole, Pediazole) gluburida (Diabeta, Glynase PresTabs), dapsona, sumatriptán (Imitrex), celecoxib (Celebrex), hidroclorotiazida (Microzide) y furosemda (Lasix)

Otros

Explique las respuestas afirmativas e incluya información sobre su experiencia.

HISTORIAL MÉDICO Y QUIRÚRGICO

Fecha del último examen físico: / /

¿Cuál es su presión arterial normal (sistólica, diastólica)?

Nombre del médico:

Teléfono:

Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».

| | Sí | No | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ¿Tiene buena salud física? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Actualmente está siendo atendido o tratado por un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de hacerse un tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, alguna operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha sometido a algún tipo de cirugía (ya sea total o parcial) de reemplazo articular (por ejemplo, de cadera, rodilla, hombro, codo, dedo, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha sometido a un reemplazo de válvula cardíaca o a una cirugía cardíaca ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha sometido a algún trasplante de órgano o de médula ósea/células madre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha viajado al extranjero en los últimos 30 días? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido fiebre (38 °C [100.4 °F] o más) en las últimas 72 horas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si ha respondido «sí» a alguna de las preguntas anteriores, explique: | | | |

HISTORIAL MÉDICO ESPECÍFICO Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».**¿Padece o se le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones?**

| | Sí | No | ? | | Sí | No | ? | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Salud del corazón (cardíaca) | | | | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salud digestiva | | | |
| Marcapasos/desfibrilador implantable | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tipo: | | | | Enfermedad gastrointestinal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvula cardíaca (protésica) artificial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha de diagnóstico: | | | | Reflujo gastroesofágico/acidez estomacal persistente (ERGE) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Endocarditis infecciosa anterior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Quimioterapia: | | | | Úlceras estomacales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cardiopatía congénita (CPC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Radioterapia: | | | | Salud de los ojos (visual) | | | |
| CPC cianótica no reparada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salud de la sangre (circulatoria) | | | | Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reparada (por completo) en los últimos 6 meses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros | | | |
| CPC reparada con defectos residuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, ¿qué fecha? | | | | Dolor crónico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de las arterias coronarias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes (tipo 1 o 2) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta o baja | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno alimenticio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvulas cardíacas dañadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Salud del cerebro (neurológica)/mental | | | | Infecciones frecuentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ansiedad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tipo de infección: | | | |
| Soplo/trastorno del ritmo cardíaco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca reumática | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inmunodeficiencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastornos de salud mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas renales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Salud de la respiración (respiratoria) | | | | Trastornos neurológicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desnutrición | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma (EPOC) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trastorno por estrés postraumático | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Osteoporosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune | | | | Infección de transmisión sexual (ITS) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sida o infección por VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

¿Tiene alguna enfermedad, afección o problema que no figure en esta lista? Si es así, explique:

SÍNTOMAS MÉDICOS/GENERAL Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».

| En los últimos 30 días, ha: | Sí | No | ? | | Sí | No | ? | | Sí | No | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| tenido dolor u opresión en el pecho? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tenido dificultades para recuperar el aliento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tenido vómitos, diarrea, escalofríos, sudor nocturno o sangrado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tosido sangre o ha tenido tos por más de 3 semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tenido fiebre alta (más de 38.6 °C [101.5 °F]) sin motivo alguno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tenido migrañas o dolores de cabeza fuertes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| estado expuesto a alguien con tuberculosis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | notado un cambio en la visión? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| tenido un latido rápido o irregular? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sufrido algún desmayo sin motivo alguno? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

NOTA: Es importante que tanto el médico como el paciente hablen con honestidad sobre la salud del paciente antes de iniciar el tratamiento dental.

He respondido a las preguntas anteriores de manera completa y precisa, y con mi mayor capacidad.

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

PARA SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

Comentarios: _____

Solo para uso oficial: Alerta médica Premedicación Alergias Anestesia

Revisado por: _____ Fecha: _____