

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	?	Sí	No	?
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codenaína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre del heno/alergias estacionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex (caucho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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)						
Marcapasos/desfibrilador implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvula cardíaca (protésica) artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocarditis infecciosa anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía congénita (CPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPC cianótica no reparada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CPC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas cardíacas dañadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo/trastorno del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud de la respiración (respiratoria)						
Asma (EPOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo: _____						
Fecha de diagnóstico: _____						
Quimioterapia: _____						
Radioterapia: _____						
Salud de la sangre (circulatoria)						
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué fecha? _____						
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta o baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud del cerebro (neurológica)/mental						
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno por estrés posttraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad autoinmune						
Sida o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud digestiva						
Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflujo gastroesofágico/acidez estomacal persistente (ERGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud de los ojos (visual)						
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros						
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (tipo 1 o 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tipo de infección: _____						
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infección de transmisión sexual (ITS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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	?	tenido dificultades para recuperar el aliento?	Sí	No	?	tenido vómitos, diarrea, escalofríos, sudor nocturno o sangrado?	Sí	No	?
tenido dolor u opresión en el pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tenido fiebre alta (más de 38.6 °C [101.5 °F])	<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"/>
tosido sangre o ha tenido tos por más de 3 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sin motivo alguno?	<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: _____