

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? [] Sí [] 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? [] ¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? []
Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió:
¿Le duele al masticar, morder o tragar? []
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? []
¿Se ha sometido alguna vez a tratamientos periodontales (de encías) como destartraje y alisado radicular? []
¿Tiene, o alguna vez ha tenido, llagas o protuberancias en la boca? []
¿Aprieta o hace rechinar los dientes? []
¿Siente algún chasquido, crujido o dolor en la mandíbula? []
¿Tiene dolores de oído o de cuello? []
¿El tratamiento dental lo pone nervioso? []
¿Alguna vez ha experimentado alguno de estos trastornos respiratorios relacionados con el sueño? []
[] Respiración por boca [] Ronquido [] Dificultad para respirar durante el sueño
¿Ha tenido problemas con el tratamiento dental en el pasado? []
Si es así, describa lo ocurrido:
¿Alguna vez ha tenido una reacción o un problema con la anestesia dental? []
Si es así, describa lo ocurrido:
¿No le gusta su sonrisa? []
Si es así, ¿por qué? Marque donde corresponda:
[] El color de sus dientes [] La forma de sus dientes [] La posición de sus dientes
[] Otros. Describa:

MEDICACIONES Y OTROS PRODUCTOS/OTRAS SUSTANCIAS
Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».
¿Toma algún anticoagulante (como warfarina [Coumadin®], rivaroxabán [Xarelto®], dabigatrán [Pradaxa®], clopidogrel [Plavix®], heparina o aspirina)? [] [] []
Si es así, ¿qué medicación toma?
¿Toma alguna medicación para tratar la osteoporosis o la enfermedad de Paget? [] [] []
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? [] [] []
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? [] [] []
¿Consuma algún tipo de tabaco o productos de nicotina (cigarrillo, cigarro, rapé, tabaco para mascar, bidi)? [] [] []
¿Utiliza productos de vapeo? [] [] []
¿Cuántas bebidas alcohólicas consume por semana?
¿Consuma sustancias controladas (drogas), incluida la marihuana, por motivos medicinales o recreativos? [] [] []
Si es así, ¿qué sustancias? Si es así, ¿con qué frecuencia? [] A diario [] Varias veces por semana [] Todas las semanas [] A veces
¿La sustancia fue recetada por un médico? [] Sí [] No Si es así, ¿por qué razones?
¿Toma algún otro medicamento recetado o de venta libre, vitaminas, hierbas o suplementos? [] [] []
Si es así, enumérelas aquí e incluya información sobre la cantidad y la frecuencia de uso de cada uno

SOLO PARA MUJERES:
¿Toma píldoras anticonceptivas? [] [] []
¿Está embarazada? Si es así, incluya la cantidad de semanas: [] [] []
¿Está en el período de lactancia? Si es así, incluya la cantidad de semanas: [] [] []

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

	Sí	No	?
Aspirina	☐	☐	☐
Barbitúricos, sedantes o píldoras para dormir	☐	☐	☐
Codena u otros narcóticos	☐	☐	☐
Fiebre del heno/alergias estacionales	☐	☐	☐
Yodo	☐	☐	☐
Látex (caucho)	☐	☐	☐
Anestésicos locales	☐	☐	☐
Metales	☐	☐	☐
Penicilina u otros antibióticos	☐	☐	☐

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 furosemida (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?	☐	☐	☐
¿Actualmente está siendo atendido o tratado por un médico?	☐	☐	☐
¿Le ha recomendado un médico o un dentista anterior que tome antibióticos antes de hacerse un tratamiento dental?	☐	☐	☐
¿Ha tenido alguna enfermedad grave, alguna operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	☐	☐	☐
¿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.)?	☐	☐	☐
¿Se ha sometido a un reemplazo de válvula cardíaca o a una cirugía cardíaca ?	☐	☐	☐
¿Se ha sometido a algún trasplante de órgano o de médula ósea/células madre ?	☐	☐	☐
¿Ha viajado al extranjero en los últimos 30 días?	☐	☐	☐
¿Ha tenido fiebre (38 °C [100.4 °F] o más) en las últimas 72 horas?	☐	☐	☐
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	?		Sí	No	?
Salud del corazón (cardíaca)				Cáncer				Salud digestiva			
Marcapasos/desfibrilador implantable	☐	☐	☐	Tipo: _____				Enfermedad gastrointestinal			
Válvula cardíaca (protésica) artificial	☐	☐	☐	Fecha de diagnóstico: _____				Reflujo gastroesofágico/acidez estomacal persistente (ERGE)			
Endocarditis infecciosa anterior	☐	☐	☐	Quimioterapia: _____				Úlceras estomacales			
Cardiopatía congénita (CPC)	☐	☐	☐	Radioterapia: _____				Salud de los ojos (visual)			
CPC cianótica no reparada	☐	☐	☐	Salud de la sangre (circulatoria)				Glaucoma			
Reparada (por completo) en los últimos 6 meses	☐	☐	☐	Anemia				Otros			
CPC reparada con defectos residuales	☐	☐	☐	Transfusión de sangre				Artritis			
Arteriosclerosis	☐	☐	☐	Si es así, ¿qué fecha? _____				Dolor crónico			
Enfermedad de las arterias coronarias	☐	☐	☐	Hemofilia				Diabetes (tipo 1 o 2)			
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐	☐	☐	Presión arterial alta o baja				Trastorno alimenticio			
Válvulas cardíacas dañadas	☐	☐	☐	Salud del cerebro (neurológica)/mental				Infecciones frecuentes			
Ataque al corazón	☐	☐	☐	Ansiedad				Tipo de infección: _____			
Soplo/trastorno del ritmo cardíaco	☐	☐	☐	Depresión				Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática			
Enfermedad cardíaca reumática	☐	☐	☐	Epilepsia				Inmunodeficiencia			
Accidente cerebrovascular	☐	☐	☐	Trastornos de salud mental				Problemas renales			
Salud de la respiración (respiratoria)				Trastornos neurológicos				Desnutrición			
Asma (EPOC)	☐	☐	☐	Trastorno por estrés postraumático				Osteoporosis			
Bronquitis	☐	☐	☐	Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral				Artritis reumatoide			
Enfisema	☐	☐	☐	Enfermedad autoinmune				Infección de transmisión sexual (ITS)			
Sinusitis	☐	☐	☐	Sida o infección por VIH				Problemas de tiroides			
Tuberculosis	☐	☐	☐	Lupus							

¿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».

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

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: _____