

Nombre del paciente: Fecha de nacimiento

I. HISTORIAL DENTAL

¿Cuál es el motivo de su visita hoy? Alivio del dolor Atención preventiva Mejorar mi sonrisa Reemplazar dientes faltantes Mejorar la masticación Segunda opinión Otro:
Dentista/Clinica anterior: Fecha del último examen dental:
Razón para cambiar de dentista: Fecha del último tratamiento dental:

Seleccione Si o No para cada pregunta. Si no entiende alguna pregunta, solicite ayuda a un miembro de nuestro equipo.
1. Si No Actualmente tengo dolor en los dientes, encías o boca.
2. Si No Tengo problemas para comer.
3. Si No Evito cepillar alguna parte de mi boca debido al dolor.
4. Si No Tengo dientes flojos o rotos, o empastes dañados.
5. Si No Tengo llagas o crecimientos en la boca.
6. Si No Me sangran las encías al cepillarme o usar hilo dental.
7. Si No He recibido tratamiento periodontal o limpieza profunda.
8. Si No He tenido lesiones o cirugía facial o de la mandíbula.
9. Si No He usado frenos (brackets) u otro tratamiento de ortodoncia.
10. Si No Tengo dificultad para que la anestesia funcione.
11. Si No Mi mandíbula hace clic, truena, se traba, se cansa o me duele.
12. Si No Mis dientes son sensibles al frío, calor, y/o a lo dulce.
13. Si No Tengo sensibilidad, molestia o dolor al morder o masticar.
14. Si No Aprieto o rechino los dientes (de día o al dormir).
15. Si No Tengo la boca seca.
16. Si No He tenido cáncer oral, lesiones precancerosas o biopsias anormales.
17. Si No Tengo antecedentes familiares de cáncer oral, lesiones precancerosas o biopsias anormales.
18. Si No Deseo cambiar o mejorar mi sonrisa.
19. Si No Quiero enderezar mis dientes.
20. Si No Quiero blanquear mis dientes.
21. ¿Ha tenido otros problemas o complicaciones después de tratamientos dentales, incluidos los implantes dentales? Si No Si es así, explique:
22. ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? Nunca Menos de una vez por semana 1-3 veces por semana 4-6 veces por semana Una vez al día o más
23. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? Menos de una vez al día Una vez al día Dos veces al día Más de dos veces al día
24. ¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su atención dental o la visita de hoy?

II. HISTORIAL MÉDICO

Nombre del médico de atención primaria: Fecha de la visita más reciente:
Farmacia preferida Nombre: Dirección: Teléfono:

INDIQUE SI ACTUALMENTE TIENE O HA TENIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES, O SI ESTÁ TOMANDO O HA TOMADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:
25. Si No Presión arterial alta
26. Si No Ataque cardíaco
27. Si No Soplo cardíaco
28. Si No Ritmo cardíaco irregular o fibrilación auricular
29. Si No Defecto cardíaco congénito
30. Si No Válvula cardíaca protésica
31. Si No Marcapasos
32. Si No Insuficiencia cardíaca congestiva
33. Si No Otra enfermedad o problema cardíaco
34. Si No Anemia
35. Si No Hemofilia u otros problemas de sangrado
36. Si No Transfusiones de sangre
37. Si No Medicamento(s) anticoagulante(s)
38. Si No Colesterol alto
39. Si No Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio
40. Si No Diabetes Tipo 1 Tipo 2
41. Si No Medicamentos GLP-1
42. Si No Asma
43. Si No Apnea del sueño
44. Si No EPOC, enfisema o bronquitis crónica
45. Si No Tuberculosis
46. Si No Otros problemas respiratorios
47. Si No Cáncer
48. Si No Quimioterapia
49. Si No Radioterapia
50. Si No Enfermedad renal
51. Si No Enfermedad hepática
52. Si No Hepatitis Tipo
53. Si No Problemas de la tiroides o suprarrenales
54. Si No Trasplante de órgano
55. Si No Osteoporosis o medicamento(s) relacionado(s)
56. Si No Articulación artificial
57. Si No Demencia o enfermedad de Alzheimer
58. Si No Ansiedad, depresión u otra atención psiquiátrica
59. Si No Problemas de los senos paranasales
60. Si No Problemas estomacales o úlceras
61. Si No Epilepsia o convulsiones
62. Si No Desmayos o mareos
63. Si No Glaucoma u otras enfermedades de los ojos
64. Si No Trastornos autoinmunitarios (Sjögren, Hashimoto, etc.)
65. Si No Enfermedades de la piel
66. Si No Herpes o herpes labial
67. Si No VIH/SIDA
68. Si No Infecciones de transmisión sexual (VPH, sífilis, etc.)
69. Si No Tabaco o nicotina en cualquier forma
70. Si No Alcohol Ocasionalmente Semanalmente Diariamente
71. Si No Marihuana, cannabis o drogas recreativas
72. Si No ¿Toma actualmente medicamentos con receta o de venta libre, vitaminas, suplementos o remedios naturales? Si respondió sí, enumérelos:
73. Si No Alergias a medicamentos: Penicilina Azitromicina Clindamicina Otros medicamentos:
74. Si No Otras alergias: Látex Adhesivos Metales Alimentos Otra: Reacción:
75. Si No ¿Su médico le ha indicado que evite alguno de los siguientes? Ibuprofeno u otros AINE Acetaminofén/Tylenol Otros medicamentos para el dolor Antibióticos Otro:
76. Si No Cirugías Enumere cada cirugía y el año en que se realizó:
77. Si No ¿Tiene alguna otra condición médica, problema de salud o antecedente médico que NO se haya mencionado en este formulario? Si respondió sí, descríballo:
78. Si No Toma anticonceptivos
79. Si No Embarazada Posiblemente embarazada Intentando quedar embarazada Amamantando Fecha estimada de parto, si corresponde:

72. Si No ¿Toma actualmente medicamentos con receta o de venta libre, vitaminas, suplementos o remedios naturales? Si respondió sí, enumérelos:
73. Si No Alergias a medicamentos: Penicilina Azitromicina Clindamicina Otros medicamentos:
74. Si No Otras alergias: Látex Adhesivos Metales Alimentos Otra: Reacción:
75. Si No ¿Su médico le ha indicado que evite alguno de los siguientes? Ibuprofeno u otros AINE Acetaminofén/Tylenol Otros medicamentos para el dolor Antibióticos Otro:
76. Si No Cirugías Enumere cada cirugía y el año en que se realizó:
77. Si No ¿Tiene alguna otra condición médica, problema de salud o antecedente médico que NO se haya mencionado en este formulario? Si respondió sí, descríballo:

SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER

78. Si No Toma anticonceptivos
79. Si No Embarazada Posiblemente embarazada Intentando quedar embarazada Amamantando Fecha estimada de parto, si corresponde:

Certifico que la información proporcionada es completa y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que mis antecedentes médicos y dentales, medicamentos y alergias pueden afectar la atención dental que reciba. Me comprometo a notificar a Lakeside Dental acerca de cualquier cambio en mi estado de salud, medicamentos, alergias o embarazo. Entiendo que el dentista o el equipo dental podrá hacer preguntas adicionales o solicitar una consulta con otro proveedor de atención médica cuando sea apropiado.

Firma del paciente/tutor: Firma del dentista: Fecha: