

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

I. HISTORIAL DENTAL

¿Por qué ha venido hoy? (dolor, revisión, etc.) _____

Dentista/Clinica anterior: _____

Fecha del último examen dental: _____

Razón para cambiar de dentista: _____

Fecha del último tratamiento dental: _____

Por favor, marque la respuesta apropiada (deje en blanco si no entiende la pregunta):

- | | |
|--|--|
| 1. ☐ Sí ☐ No Actualmente tengo dolor en los dientes, encías o boca. | 11. ☐ Sí ☐ No Mi mandíbula hace clic, truena o se bloquea. |
| 2. ☐ Sí ☐ No Tengo problemas para comer. | 12. ☐ Sí ☐ No Mis dientes son sensibles al frío o calor. |
| 3. ☐ Sí ☐ No Evito cepillar alguna parte de mi boca debido al dolor. | 13. ☐ Sí ☐ No Mis dientes son sensibles a lo dulce. |
| 4. ☐ Sí ☐ No Tengo dientes flojos o rotos, o empastes dañados. | 14. ☐ Sí ☐ No Tengo sensibilidad, molestia o dolor al morder o masticar. |
| 5. ☐ Sí ☐ No Tengo llagas o crecimientos en la boca. | 15. ☐ Sí ☐ No Aprieto o rechino los dientes (de día o al dormir). |
| 6. ☐ Sí ☐ No Mis encías sangran al cepillarme o usar hilo dental. | 16. ☐ Sí ☐ No Tengo la boca seca. |
| 7. ☐ Sí ☐ No He recibido tratamiento periodontal o limpieza profunda. | 17. ☐ Sí ☐ No Me gusta mi sonrisa. |
| 8. ☐ Sí ☐ No He tenido lesiones o cirugía facial o de la mandíbula. | 18. ☐ Sí ☐ No Quiero cambiar o mejorar mi sonrisa. |
| 9. ☐ Sí ☐ No He usado frenos (brackets) u otro tratamiento de ortodoncia. | 19. ☐ Sí ☐ No Quiero enderezar mis dientes. |
| 10. ☐ Sí ☐ No Tengo dificultad para que la anestesia funcione. | 20. ☐ Sí ☐ No Quiero blanquear mis dientes. |
| 21. ¿Ha tenido otros problemas o complicaciones después de tratamientos dentales? ☐ Sí ☐ No Si es así, explique: _____ | |

- | | |
|--|---|
| 22. ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____ | 23. ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ |
|--|---|

II. HISTORIAL DE SALUD

Nombre de su médico de atención primaria: _____

Fecha de la última visita: _____

INDIQUE SI TIENE O HA TENIDO LAS SIGUIENTES CONDICIONES O SI TOMA / HA TOMADO ESTOS MEDICAMENTOS:

- | | | |
|--|---|---|
| 24. ☐ Sí ☐ No Presión arterial alta | 38. ☐ Sí ☐ No Asma | 52. ☐ Sí ☐ No Demencia / Alzheimer |
| 25. ☐ Sí ☐ No Ataque cardíaco | 39. ☐ Sí ☐ No EPOC, enfisema, bronquitis | 53. ☐ Sí ☐ No Ansiedad, depresión u otro tratamiento psiquiátrico |
| 26. ☐ Sí ☐ No Soplos cardíacos o fibrilación auricular | 40. ☐ Sí ☐ No Tuberculosis | 54. ☐ Sí ☐ No Problemas sinusales |
| 27. ☐ Sí ☐ No Enfermedad cardíaca | 41. ☐ Sí ☐ No Otras enfermedades pulmonares | 55. ☐ Sí ☐ No Problemas estomacales, úlceras |
| 28. ☐ Sí ☐ No Defectos cardíacos | 42. ☐ Sí ☐ No Cáncer | 56. ☐ Sí ☐ No Epilepsia o convulsiones |
| 29. ☐ Sí ☐ No Válvula cardíaca protésica | Tipo _____ Fecha _____ | 57. ☐ Sí ☐ No Desmayos o mareos |
| 30. ☐ Sí ☐ No Marcapasos | 43. ☐ Sí ☐ No Quimioterapia | 58. ☐ Sí ☐ No Trastornos autoinmunes (Sjögren, Hashimoto, etc.) |
| 31. ☐ Sí ☐ No Otros problemas cardíacos | 44. ☐ Sí ☐ No Enfermedad renal | 59. ☐ Sí ☐ No Glaucoma u otras enfermedades oculares |
| 32. ☐ Sí ☐ No Anemia | 45. ☐ Sí ☐ No Enfermedad hepática | 60. ☐ Sí ☐ No Enfermedades de la piel |
| 33. ☐ Sí ☐ No Hemofilia u otros trastornos de sangrado | 46. ☐ Sí ☐ No Hepatitis Tipo _____ | 61. ☐ Sí ☐ No Herpes / aftas |
| 34. ☐ Sí ☐ No Transfusiones de sangre | 47. ☐ Sí ☐ No Problemas de tiroides o suprarrenales | 62. ☐ Sí ☐ No VIH/SIDA |
| 35. ☐ Sí ☐ No Colesterol alto | 48. ☐ Sí ☐ No Trasplante de órganos | 63. ☐ Sí ☐ No Otras ETS (VPH, sífilis, gonorrea, etc.) |
| 36. ☐ Sí ☐ No Derrame cerebral / TIA | 49. ☐ Sí ☐ No Artritis | 64. ☐ Sí ☐ No Uso de tabaco o vapeo |
| 37. ☐ Sí ☐ No Diabetes ☐ Tipo I ☐ Tipo 2 | 50. ☐ Sí ☐ No Articulación artificial | 65. ☐ Sí ☐ No Alcohol |
| Último HbA1c _____ Fecha _____ | 51. ☐ Sí ☐ No Osteoporosis | 66. ☐ Sí ☐ No Drogas recreativas |

67. ☐ Sí ☐ No ¿Toma medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas o suplementos? Liste: _____

68. ☐ Sí ☐ No Alergias a: ☐ Látex ☐ Penicilina ☐ Azitromicina ☐ Clindamicina ☐ Otros: _____

69. ☐ Sí ☐ No Otras alergias: _____ 70. ☐ Sí ☐ No ¿Su médico le ha indicado evitar ibuprofeno o acetaminofén (Tylenol) _____

71. ☐ Sí ☐ No Cirugías Indique cuáles y el año: _____

72. ☐ Sí ☐ No Otras condiciones o historial médico NO mencionados anteriormente: _____

SOLO PARA MUJERES:

73. ☐ Sí ☐ No Embarazada, posiblemente embarazada, intentando quedar embarazada o lactando Fecha: _____ 74. ☐ Sí ☐ No Uso de anticonceptivos

Declaro que he respondido todas las preguntas de manera completa y precisa. Informaré a mi dentista de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del paciente: _____ Firma del doctor: _____ Fecha: _____

REVISIÓN PERIÓDICA:

- | | | |
|------------------------------|-------------------------|--------------|
| 1. Firma del paciente: _____ | Firma del doctor: _____ | Fecha: _____ |
| 2. Firma del paciente: _____ | Firma del doctor: _____ | Fecha: _____ |
| 3. Firma del paciente: _____ | Firma del doctor: _____ | Fecha: _____ |