

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Nombre de doctor médico: _____ Fecha de último físico: _____ Teléfono: _____
 Su estimación de salud general: Excelente Buena Justa Pobre

POR FAVOR MARQUE LA CASILLA DE CUALQUIER CONDICIÓN QUE TENGA O PUEDA HABER TENIDO

ALERGIAS

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofeno | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Cefalosporinas | <input type="checkbox"/> Clorhexidina | <input type="checkbox"/> Codeina |
| <input type="checkbox"/> Eritrommicina | <input type="checkbox"/> Fluoruro | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Ibuprofen | <input type="checkbox"/> Látex/goma |
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Metales | <input type="checkbox"/> Nueces/fruta | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Ninguna alergia |
| <input type="checkbox"/> Sulfas | <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Otros: | | |

PROBLEMAS DE SALUD

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sangramiento abnormal | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Reflujo G.E. | <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo 1 o 2 | <input type="checkbox"/> Mareo/desmayos | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Chemo/radiación | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Cefaleas frecuentes | <input type="checkbox"/> Alteraciones mentales | <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones renales | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Apoplejía | <input type="checkbox"/> Presión baja | <input type="checkbox"/> Problemas respirando /Sueño | |
| <input type="checkbox"/> Defecto cardiaco congenito | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | |
| <input type="checkbox"/> Transplante de órgano | <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca dañada | <input type="checkbox"/> Alteracion de tiroides | <input type="checkbox"/> Reemplazo ortopédico | |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis infecciosa | <input type="checkbox"/> Válvula de corazón artificial | <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | | |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | | |
| Otra condición no nombrada arriba: _____ | | Cirugías recientes: _____ | | |

ESTA USTED

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Siendo tratado para otra enfermedad | <input type="checkbox"/> Fumando o usando tabacco sin humo |
| <input type="checkbox"/> Conciente de cambio en salud (fiebre, tos, diarrea) | <input type="checkbox"/> Tomando anticonceptivos |
| <input type="checkbox"/> Tomando medicamento para control de peso | <input type="checkbox"/> Embarazada |
| <input type="checkbox"/> A menudo agotado(a) o fatigado(a) | <input type="checkbox"/> Amamantando |
| <input type="checkbox"/> Tomando bisfosfonatos | <input type="checkbox"/> Diagnosticado con trastorno de la próstata |

LISTÉ MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, O VITAMINAS QUE ESTÁ TOMANDO

FAVOR DE INFORMARNOS DE CUALQUIER OTRO CAMBIO EN SU SALUD

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DEL DENTISTA: _____ **FECHA:** _____

HISTORIA DENTAL

Referido por: _____ Nombre de dentista previo: _____ Cuánto tiempo: _____

Fecha del examen más reciente: _____ Fecha de limpieza más reciente: _____

Veo a mi dentista cada: 3 meses 6 meses 12 meses No rutinariamente Otra: _____

¿Cuál es su preocupación inmediata? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿En una escala de 1-10 (10 mayor), qué tan importante es su salud dental?

¿En una escala de 1-10 (10 mayor), qué miedo le tiene al tratamiento dental?

¿En una escala de 1-10 (10 mayor), cómo calificaría su salud dental actual?

HISTORIA PERSONAL

¿Alguna vez ha tenido una experiencia dental desfavorable?

SÍ **NO**

¿Alguna vez ha tenido complicaciones de tratamiento dental previamente?

¿Alguna vez ha tenido problemas con entumecimiento o reacción a los anestésicos locales?

¿Tiene, o ha tenido algún diente removido o dientes que nunca se desarrollaron?

¿Alguna vez tuvo tratamiento de ortodoncia, frenos, o le ajustaron su mordida?

- HISTORIA DE ENCÍA/HUESO - PERIODONTAL

SÍ **NO**

¿Le sangran las encías or le duelen cuando se cepilla o usa hilo dental?

¿Alguna vez le han dicho que tiene enfermedad de las encías or está perdiendo hueso alrededor de los dientes?

¿Alguna vez ha notado un sabor/olor desagradable en la boca?

¿Alguien en su familia tiene antecedentes de periodontitis/enfermedad de encía?

¿Ha notado recesión de las encías (dientes aparecen más largos)?

¿Alguna vez se le ha aflojado algún diente por sí solo?

- HISTORIA DE LA ESTRUCTURA DEL DIENTE - CARIES

SÍ **NO**

¿Ha tenido caries en los últimos tres años?

¿La saliva en su boca parece muy poca o tiene problemas comiendo/pasando comida?

¿Siente huecos o hoyos en sus dientes?

¿Son sus dientes sensibles a lo caliente, frío, al morder, dulces, etc, o evita cepillar alguna zona?

¿Tiene surcos o muescas en los dientes cerca de la línea de las encías?

¿Alguna vez se a roto , astillado, agrietado algún diente o ha tenido dolor de muelas?

¿Se le queda comida atrapada entre los dientes?

- HISTORIA DE OCLUSIÓN - MORDIDA, MANDÍBULA, Y TMJ -

SÍ **NO**

¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (dolor, estadillo, agrietamiento, bloqueo, etc.)

¿Evita masticar chicle, zanahorias, nueces, alimentos duros o masticables?

¿Ha tenido cambios en sus dientes en los últimos 5 años, se han vuelto más cortos, delgados, o desgastados?

¿Sus dientes se están volviendo más tocidos, apiñados o superpuestos?

¿Están sus dientes derarrollando espacios or aflojándose?

¿Tiene más de una mordida; tiene que apretar o mover su mandíbula para que sus dientes encajen?

¿Aprieta los dientes durante el día o la noche o despierta con dolor de cabeza?

¿Usa o ha usado un aparato de mordida/férula dental?

HISTORIA COSMETICA - SONRISA

SÍ **NO**

¿Hay algo de la apariencia de sus dientes que le gustaría cambiar?

¿Alguna vez se ha sentido incómodo(a) o cohibido(a) por la apariencia de sus dientes?

¿Ha estado decepcionado con la apariencia del trabajo dental previamente?