

# 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"/> ¿Le duele al masticar, morder o tragar? ..... <input type="checkbox"/> ¿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"/> ¿Tiene, o alguna vez ha tenido, llagas o protuberancias en la boca? ..... <input type="checkbox"/> ¿Aprieta o hace rechinar los dientes? ..... <input type="checkbox"/> ¿Siente algún chasquido, crujido o dolor en la mandíbula? ..... <input type="checkbox"/> ¿Tiene dolores de oído o de cuello? ..... <input type="checkbox"/> ¿El tratamiento dental lo pone nervioso? ..... <input type="checkbox"/> ¿Alguna vez ha experimentado alguno de estos trastornos respiratorios relacionados con el sueño? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiración por boca <input type="checkbox"/> Ronquido <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar durante el sueño	¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? ..... <input type="checkbox"/> Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió: _____ _____ ¿Ha tenido problemas con el tratamiento dental en el pasado? ..... <input type="checkbox"/> Si es así, describa lo ocurrido: _____ _____ ¿Alguna vez ha tenido una reacción o un problema con la anestesia dental? ..... <input type="checkbox"/> Si es así, describa lo ocurrido: _____ _____ ¿No le gusta su sonrisa? ..... <input type="checkbox"/> Si es así, ¿por qué? Marque donde corresponda: <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 <b>anticoagulante</b> (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 <b>osteoporosis</b> 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, <b>medicación intravenosa (IV)</b> 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 <b>terapia de sustitución hormonal</b> ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Consume algún tipo de <b>tabaco o productos de nicotina</b> (cigarrillo, cigarro, rapé, tabaco para mascar, bidi)?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utiliza <b>productos de vapeo</b> ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Cuántas <b>bebidas alcohólicas</b> consume por semana? _____			
¿Consume <b>sustancias controladas</b> (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 <b>medicamento recetado o de venta libre, vitaminas, hierbas o suplementos</b> ?			<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 <b>píldoras anticonceptivas</b> ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Está <b>embarazada</b> ? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Está <b>en el periodo de lactancia</b> ? 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 <b>antibióticos</b> antes de hacerse un tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna <b>enfermedad grave, alguna operación o ha sido hospitalizado</b> 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 <b>reemplazo articular</b> (por ejemplo, de cadera, rodilla, hombro, codo, dedo, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sometido a un <b>reemplazo de válvula cardíaca o a una cirugía cardíaca</b> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha sometido a algún <b>trasplante de órgano o de médula ósea/células madre</b> ?	<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	?
<b>Salud del corazón (cardíaca)</b>						
Marcapasos/desfibrilador implantable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Válvula cardíaca (protésica) artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Endocarditis infecciosa anterior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cardiopatía congénita (CPC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
CPC cianótica no reparada	<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"/>			
CPC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Arteriosclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad de las arterias coronarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Válvulas cardíacas dañadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Soplo/trastorno del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Salud de la respiración (respiratoria)</b>						
Asma (EPOC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Cáncer</b>						
Tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fecha de diagnóstico: _____						
Quimioterapia: _____						
Radioterapia: _____						
<b>Salud de la sangre (circulatoria)</b>						
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Si es así, ¿qué fecha? _____						
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Presión arterial alta o baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Salud del cerebro (neurológica)/mental</b>						
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastornos de salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastornos neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastorno por estrés posttraumático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lesión cerebral traumática o conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Enfermedad autoinmune</b>						
Sida o infección por VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Salud digestiva</b>						
Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Reflujo gastroesofágico/acidez estomacal persistente (ERGE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Úlceras estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Salud de los ojos (visual)</b>						
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>Otros</b>						
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Diabetes (tipo 1 o 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trastorno alimenticio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infecciones frecuentes	<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"/>			
Inmunodeficiencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Desnutrición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infección de transmisión sexual (ITS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Problemas de tiroides	<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: \_\_\_\_\_