



Nueva información para el paciente dentales

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre	Correo electrónico	Fecha de nacimiento	Género
--------	--------------------	---------------------	--------

Domicilio del paciente _____

No. de teléfono _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre de su médico	Teléfono:
---------------------	-----------

Domicilio del médico _____

1. ¿Cuándo fue su último reconocimiento médico? _____

2. ¿Están al corriente sus inmunizaciones? Sí / No

3. ¿Está bajo la atención de un médico? Sí / No

De ser así, ¿cuál es la razón?: _____

4. ¿Actualmente está tomando algún medicamento/fármaco/pastilla? Sí / No

De ser así, por favor liste los medicamentos: _____

5. Es alérgico (o tiene alguna reacción adversa) a:

Penicilina
 Codeína
 Anestésico local
 Aspirina
 Ninguno
 Otro
 Otro antibiótico
 En caso de otro, por favor describa: _____

6. ¿Tiene sensibilidad o es alérgico al látex (ejemplo presenta picazón, erupción cutánea o sibilancia después de usar guantes de látex (plástico) o de sostener un globo)? Sí / No

De ser así, por favor explique cuál es la reacción: _____

7. ¿Alguna vez ha tenido alguna reacción inusual o inexplicable durante un procedimiento quirúrgico? Sí / No

En caso de que sí, por favor explique: _____

8. Tiene o alguna vez ha tenido alguno de lo siguiente:

Sí / No Presión arterial anormal	Sí / No Epilepsia	Sí / No Osteoporosis
Sí / No Adicción al alcohol	Sí / No Episodios de desmayos	Sí / No Sangrado prolongado
Sí / No Anemia	Sí / No Glaucoma	Sí / No Implantes prostéticos
Sí / No Anorexia	Sí / No Discapacidad auditiva	Sí / No Atención psiquiátrica
Sí / No Artritis/Reumatismo	Sí / No Enfermedad/cirugía cardíaca	Sí / No Terapia por radiación
Sí / No Válvula cardíaca artificial	Sí / No Soplo cardíaco	Sí / No Se le extirpó el bazo

Sí / No Articulación artificial

Sí / No Asma

Sí / No Bulimia

Sí / No Cáncer

Sí / No Dependencia química

Sí / No Quimioterapia

Sí / No Cardiopatía congénita

Sí / No Medicamento con cortisona

Sí / No Diabetes

Sí / No Drogas recreativas

Sí / No Enfisema

Sí / No Marcapasos en el corazón

Sí / No Hemofilia

Sí / No Hepatitis

Sí / No Positivo al VIH/SIDA

Sí / No Problemas en los riñones

Sí / No Discapacidad del aprendizaje

Sí / No Enfermedad del hígado

Sí / No Enfermedad pulmonar

Sí / No Prolapso de la válvula mitral

Sí / No Trastornos neurológicos

Sí / No Trasplante de algún órgano

Sí / No Fiebre reumática

Sí / No Cardiopatía reumática

Sí / No Enfermedad de las células falciformes

Sí / No Problemas en los senos paranasales

Sí / No Ataque cerebral

Sí / No Problemas de la tiroides

Sí / No Tuberculosis

Sí / No Tumores

Sí / No Úlceras

Sí / No Enfermedad venérea

9. ¿Ha tenido alguna otra enfermedad, hospitalización o accidentes de gravedad? Sí / No

De ser así, por favor explique: _____

10. ¿Actualmente fuma o usa alguno de los siguientes productos? Cigarros Puros Pipa Tabaco de mascar Ninguno

11. ¿Anteriormente ha usado productos del tabaco? Sí / No

De ser así, ¿hace cuánto tiempo?: _____

12. ¿Toma bebidas alcohólicas? Sí / No

De ser así, ¿qué cantidad toma? : _____

Para mujeres:

- **¿Está embarazada? Sí / No**
 - **¿Piensa embarazarse pronto? Sí / No**
 - **¿Está amamantando? Sí / No**
 - **¿Toma medicamentos anticonceptivos? Sí / No**
 - **Número de embarazos:**
 - **Número de hijos vivos:**
-

Antecedentes dentales

Fecha de su última visita al dentista: _____

- **¿Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes o usa el hilo dental? Sí / No**
- **¿Tiene sensibilidad en los dientes a líquidos/alimentos calientes o fríos? Sí / No**
- **¿Tiene sensibilidad en los dientes a líquidos/alimentos dulces o ácidos? Sí / No**
- **¿Siente dolor en alguno de sus dientes? Sí / No**
- **¿Tiene llagas en los labios o cerca de su boca? Sí / No**
- **¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza, cuello o mandíbula? Sí / No**
- **¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? Sí / No**
- **¿Aprieta o rechina los dientes? Sí / No**
- **¿Se muerde los labios o las mejillas con frecuencia? Sí / No**
- **¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes?**
 - Chasquido en la mandíbula Dolor (articulación, oído, uno de los lados de la cara)
 - Dificultad para abrir o cerrar la boca Dificultad para masticar
- **¿Se le ha realizado algún trabajo ortodóncico? Sí / No**
- **¿Ha tenido sangrado prolongado después de una extracción? Sí / No**
- **¿Ha recibido instrucciones sobre el método correcto de cepillarse los dientes? Sí / No**
- **¿Ha recibido instrucciones sobre el cuidado de las encías? Sí / No**

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación con el paciente: _____