



Historial Médico y Dental

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DE SU SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE SU MÉDICO	NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO

LISTA DE MEDICAMENTOS/SUPLEMENTOS
Mencione todos los medicamentos, remedios herbales y terapias de reemplazo de la nicotina que está tomando, incluidos aquellos de venta libre:

HISTORIAL MÉDICO

	SÍ	NO
1. ¿Su médico le recomienda tomar antibióticos antes de realizarse tratamientos dentales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está ahora, o ha estado en el último año, bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha padecido endocarditis (infección en las válvulas cardíacas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se realizó una cirugía a corazón abierto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez se sometió a un reemplazo ortopédico total de articulaciones (cadera, rodilla, codo, dedo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Alguna vez se sometió a tratamiento con radiaciones o quimioterapia para un tumor en desarrollo o para otra afección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Toma medicamentos recetados para controlar el dolor en forma diaria o con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su respuesta es afirmativa, ¿ha suscrito un "Acuerdo de tratamiento del dolor"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Fuma o fumó tabaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, <input type="checkbox"/> en el pasado <input type="checkbox"/> en la actualidad		
10. ¿Consume bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Consume alguna sustancia con fines recreativos (marihuana, medicamentos con receta o de la calle, otras sustancias)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Alguna vez tomó o tiene planeado comenzar a tomar bisfosfonatos orales? (Alendronato-Fosamax, Fosamax Plus D; Etidronato-Didronel; Ibandronato-Boniva; Risedronato-Acetone; Tiludronato-Skelid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alguna vez recibió, está recibiendo o planea comenzar a recibir bisfosfonatos intravenosos? (Clodronato-Bonefos, Pamidronato-Aredia o Ácido zoledrónico-Reclast, Zometa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI ES APLICABLE	SÍ	NO
14. ¿Está embarazada? Si es así, ¿cuántas semanas tiene de embarazo? Fecha estimada de parto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Está intentando quedar embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Está tomando píldoras anticonceptivas, medicamentos para la fertilidad o reemplazos hormonales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDICIONES MÉDICAS	SÍ	NO
¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades, problemas o síntomas?		
18. Problemas cardiovasculares/cardíacos (paros cardíacos, soplos cardíacos, presión arterial alta, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Problemas respiratorios/pulmonares (asma, enfisema, EPOC, tuberculosis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Diabetes/problemas de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Trastornos renales/urogenitales (fallas renales, diálisis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDICIONES MÉDICAS (CONTINUACIÓN)		SÍ	NO
22.	Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Problemas neurológicos/en los nervios (derrames cerebrales, epilepsia, esclerosis múltiple, trastornos de salud mental, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Trastornos en la sangre/hematológicos (anemia, leucemia, trastornos de sangrado, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Trastornos gastrointestinales (hepatitis, reflujo ácido, Crohn, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Trastornos musculoesqueléticos/en los tejidos conectivos (artritis, osteoporosis, fibromialgia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Problemas de crecimiento/desarrollo (retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje, problemas de comportamiento, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, SARM, herpes labial, ETS, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Problemas de cabeza/ojos/oídos/nariz/garganta (glaucoma, cataratas, disfunción auditiva, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Inmunosupresión (sistema inmune)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	¿Tiene todas las inmunizaciones/vacunas al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	¿Tiene algún otro problema, enfermedad o afección que no esté incluida en la lista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	¿Es alérgico o ha sufrido algún tipo de reacción alérgica a una sustancia o un medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ENUMERE TODAS LAS SUSTANCIAS/LOS MEDICAMENTOS A LOS QUE ES ALÉRGICO:	REACCIÓN:

HISTORIAL DENTAL		SÍ	NO
1.	¿Cual es su problema dental mayor?		
2.	Fecha de su última visita al dentista:	3.	Qué se hizo esa vez?
4.	Fecha de su última radiografía dental:	5.	Fecha de su última limpieza dental:
6.	¿En este momento sufre de algún tipo de dolor o molestia dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	¿Tiene alguna inflamación en o alrededor de la boca, la cara o el cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	¿Tiene dientes sueltos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	¿Tiene mal aliento, sabor metálico o desagradable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	¿Siente algún tipo de incomodidad, chasquido o ruido en la mandíbula?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	¿Aprieta o rechina los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	¿Tiene lastimaduras, úlceras o tumores en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿Se realizó algún tipo de tratamiento periodontal? (limpieza profunda/cirugía de encías)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Alguna vez se sometió a un tratamiento ortodóncico? (frenos, retenedores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	¿Alguna vez le aplicaron anestesia local (adormecimiento) para realizar tratamientos odontológicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si la respuesta es afirmativa, ¿tuvo algún problema?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Tuvo algún problema relacionado con tratamientos odontológicos previos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿Cada cuánto se cepilla los dientes?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Una vez por día <input type="checkbox"/> Dos veces por día <input type="checkbox"/> Más de dos veces por día	
19.	¿Cada cuánto usa hilo dental para sus dientes?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Una vez por día <input type="checkbox"/> Dos veces por día <input type="checkbox"/> Más de dos veces por día	
20.	¿Le sangran las encías cuando se cepilla o se pasa el hilo dental?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Siempre	
21.	¿Tiene algún tipo de impedimento para limpiarse o cuidarse los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	En una escala del 0 (no tiene miedo) al 10 (tiene muchísimo miedo), califique su nivel de miedo a realizarse un tratamiento odontológico:		
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
23.	¿Con qué frecuencia debe pedirle ayuda a alguien para leer las instrucciones, los folletos u otro tipo de material escrito entregados por el médico o la farmacia?		
	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Siempre		
24.	¿Tiene o tuvo alguna actividad o comportamiento que pueda ponerlo en riesgo de lesión facial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>