

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 |
| | |

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

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? Si su respuesta es afirmativa, ¿ha suscrito un "Acuerdo de tratamiento del dolor"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Fuma o fumó tabaco? Si la respuesta es afirmativa, <input type="checkbox"/> en el pasado <input type="checkbox"/> en la actualidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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-Acetoneil; 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"/> |