

## Historial de salud dental de Pacientes Nuevos

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y pasarán a formar parte de su expediente médico.

<b>Escriba el nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Nombre del médico de cabecera:</b>	<b>Fecha de la última visita:</b>
<b>Nombre del ex dentista:</b>	<b>Fecha de la última visita:</b>

### PROBLEMAS DENTALES

Marque la casilla de cualquiera de los que correspondan:

Mal aliento	Morderse las uñas	Dolor en la boca, cepillado	
Sangrado de las encías	Recogida de alimentos entre los dientes	Tratamiento de ortodoncia	
Ampollas en labios/boca	Objetos extraños	Dolor alrededor del oído	
Burbujas o granos en la goma de mascar	Rechinar los dientes	Tratamiento periodontal	
Sensación de ardor en la lengua	Encías inflamadas o sensibles	Sensibilidad al frío	
Masticar de un lado de la boca	Dolor o cansancio en la mandíbula	Sensibilidad al calor	
Fumar cigarrillos/pipas/puros	Morderse los labios o las mejillas	Sensibilidad a los dulces	
Chasquido o chasquido de la mandíbula	Dientes flojos o empastes rotos	Sensibilidad al morder	
Xerostomía	Respiración bucal	Llagas o crecimientos en la boca	

### ALERGIAS

Marque la casilla para indicar si es alérgico a alguno de los siguientes:

Aspirina	Látex	Penicilina	
Barbitúricos (pastillas para dormir)	Blanquear	Sulfa	
Codeína	Anestésico local	Yodo	
Otros (por favor enumere):			
Alergias alimentarias:			

### MEDICAMENTOS

Haga una lista de los medicamentos que está tomando actualmente:


### MUJERES

Marque la casilla para indicar si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

Embarazada*	*Fecha de parto (si está embarazada):	
Amamantando	Píldoras anticonceptivas	

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
----------------------	----------------------

**OTROS PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS MÉDICAMENTE**

Marque la casilla para indicar si ha tenido problemas o se queja actualmente de alguno de los siguientes:

Molestias abdominales	Problemas circulatorios	Presión arterial alta	Tos persistente
Reflujo ácido	Lesiones cardíacas congénitas	Fiebre del heno	Radioterapia
Trastorno por déficit de atención	Tratamientos con cortisona	Radiación en la cabeza y el cuello	Cirugía reciente
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Colitis	Indigestión	Enfermedad respiratoria
SIDA/VIH	Tos, persistente o sanguinolenta	Ictericia	Fiebre reumática
Abuso de alcohol	Fibrosis quística	Reemplazo de articulaciones	Escarlatina
Anemia	Diabetes	Nefropatía	Dificultad para respirar
Ansiedad	Ansiedad relacionada con las visitas al dentista	Cálculos renales	Problemas de los senos paranasales
Artritis / Reumatismo	Depresión	Enfermedad hepática	Erupción cutánea / trastornos
Válvulas cardíacas artificiales	Abuso de drogas	Presión arterial baja	Dieta especial
Articulaciones artificiales	Enfisema	Mareos	Accidente cerebrovascular
Asma	Epilepsia	Prolapso de la válvula mitral	Pies / tobillos hinchados
Autismo	Desmayos o mareos	Distrofia muscular	Glándulas del cuello inflamadas
Problemas de espalda	Glaucoma	Problemas nerviosos	Problemas de tiroides
Sangrado anormal	Cefaleas	Náuseas	Amigdalitis
Enfermedad de la sangre	Soplo cardíaco	Osteoporosis	Tuberculosis
Bronquitis	Problemas cardíacos	Marcapasos	Tumores o crecimientos
Cáncer	Hepatitis*	Atención psiquiátrica	Úlcera
Dependencia química	En caso afirmativo, seleccione el tipo: <b>A B C</b>	Palpitaciones	Enfermedad venérea
Quimioterapia	Herpes	Neumonía	Pérdida o aumento de peso

**INFORMACIÓN ADICIONAL**

Marque la casilla si la respuesta es SÍ a cualquiera de las siguientes preguntas. Si la respuesta es NO, déjela vacía

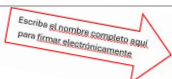
¿Necesita medicarse previamente para procedimientos dentales?	
¿Está tomando anticoagulantes?	
¿Alguna vez has tomado bifosfonatos o medicamentos para fortalecer los huesos?	
¿Tienes alguna limitación física? (silla de ruedas, andador, movilidad)	
Sí, sí describa:	

**INFORMACIÓN DENTAL**

Por favor, responda lo siguiente:

Motivo de la visita de hoy:

¿Con qué frecuencia usa hilo dental?	¿Con qué frecuencia te cepillas?
--------------------------------------	----------------------------------



<b>Firma del Paciente/Tutor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del proveedor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>