

## Antecedentes de salud dental

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

<b>Nombre del paciente en letra de imprenta:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Nombre preferido:</b>	<b>Apellido anterior:</b>
<b>Nombre del médico de atención primaria:</b>	<b>Fecha de la última consulta:</b>
<b>Nombre del dentista anterior:</b>	<b>Fecha de la última consulta:</b>

### PROBLEMAS DENTALES

Marque la casilla de todos los que correspondan:

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Sangrado de encías
<input type="checkbox"/> Ampollas en los labios o la boca	<input type="checkbox"/> Burbujas o granos en la encía	<input type="checkbox"/> Sensación de ardor en la lengua
<input type="checkbox"/> Masticación unilateral	<input type="checkbox"/> Fuma cigarrillos/pipas/puros	<input type="checkbox"/> Vapea
<input type="checkbox"/> Chasquidos o sensación de bloqueo de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Sequedad bucal	<input type="checkbox"/> Se muerde las uñas
<input type="checkbox"/> Acumulación de alimentos entre los dientes	<input type="checkbox"/> Objetos extraños	<input type="checkbox"/> Rechina los dientes
<input type="checkbox"/> Encías inflamadas o sensibles	<input type="checkbox"/> Dolor o cansancio mandibular	<input type="checkbox"/> Se muerde los labios o las mejillas
<input type="checkbox"/> Dientes flojos o empastes rotos	<input type="checkbox"/> Respiración bucal	<input type="checkbox"/> Dolor en la boca, cepillado
<input type="checkbox"/> Tratamiento de ortodoncia	<input type="checkbox"/> Dolor alrededor del oído	<input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal
<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental al frío	<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental al calor	<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental a los dulces
<input type="checkbox"/> Sensibilidad dental al morder	<input type="checkbox"/> Llagas o crecimientos en la boca	

### ALERGIAS

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

<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Barbitúricos (píldoras para dormir)
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Blanqueadores
<input type="checkbox"/> Anestésico local	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Sulfamidas
<input type="checkbox"/> Yodo		
<input type="checkbox"/> Otros (enumere):		
<input type="checkbox"/> Alergias alimentarias (enumere):		

### MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que toma actualmente:


### MUJERES

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

<input type="checkbox"/> Embarazo*	<input type="checkbox"/> *Fecha de parto (si está embarazada):
<input type="checkbox"/> En período de lactancia	<input type="checkbox"/> Toma pastillas anticonceptivas

<b>Nombre de la paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
-------------------------------	-----------------------------

**OTROS PROBLEMAS DIAGNOSTICADOS MÉDICAMENTE**

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

	Ninguno	TDA	TDAH	SIDA/VIH
	Anemia	Ansiedad	Artritis/reumatismo	Válvulas cardíacas artificiales
	Articulaciones artificiales	Asma	Autismo	Abuso de alcohol
	Sangrado anormal	Enfermedad de la sangre	Bronquitis	Problemas de espalda
	Cáncer	Quimioterapia	Problemas circulatorios	Lesiones cardíacas congénitas
	Tratamientos con cortisona	Colitis	Tos persistente o con sangre	Fibrosis quística
	Diabetes	Ansiedad relacionada con la consulta al dentista	Depresión	Abuso de drogas
	Enfisema	Epilepsia	Desmayos o mareos	Glaucoma
	Dolores de cabeza	Hepatitis*	Herpes	Presión arterial alta
	Rinitis alérgica	Si la respuesta es <b>Sí</b> , encierre en un círculo de qué tipo: <b>A B C</b>	Radiación en la cabeza y el cuello	Problemas cardíacos
	Indigestión	Ictericia	Reemplazo articular	Enfermedad renal
	Cálculos renales	Enfermedad hepática	Presión arterial baja	Aturdimiento
	Prolapso de la válvula mitral	Distrofia muscular	Problemas nerviosos	Náuseas
	Osteoporosis	Marcapasos	Atención psiquiátrica	Palpitaciones
	Neumonía	Tos persistente	Tratamiento con radioterapia	Cirugía reciente
	Enfermedad respiratoria	Fiebre reumática	Escarlatina	Dificultad para respirar
	Problemas sinusales	Sarpullido/trastornos cutáneos	Dieta especial	Accidente cerebrovascular
	Pies/tobillos hinchados	Inflamación de las glándulas del cuello	Problemas de tiroides	Amigdalitis
	Tuberculosis	Tumor o crecimientos	Úlcera	Enfermedades venéreas
	Pérdida o aumento de peso	Otro:		

**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 los procedimientos dentales?	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando anticoagulantes?	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado alguna vez bifosfonatos o fármacos para aumentar la densidad ósea?	<input type="checkbox"/>
¿Tiene alguna limitación física? (silla de ruedas, andador, movilidad)	<input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, sírvase describir:	

**INFORMACIÓN DENTAL**

Responda lo siguiente:

Motivo de la consulta de hoy:

¿Con qué frecuencia usa hilo dental?	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?
--------------------------------------	---

<b>Firma de paciente/tutor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del proveedor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha:</b>