

CLÍNICA DE EDUCACIÓN DENTAL DEL HCC **HISTORIAL MÉDICO**

FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Nombre legal del paciente:	Fecha de nacimiento del paciente:
Nombre preferido del paciente:	Número de teléfono preferido del paciente:
Dirección del paciente:	Nombre de contacto en caso de emergencia:
	Teléfono de contacto en caso de emergencia:

Consideraciones especiales sobre el historial médico

1. Nombre del médico de atención primaria _____ Teléfono del médico _____
 ¿Ha recibido atención médica en los últimos dos años?..... Si No
 Describa _____
2. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos recetados para adelgazar (pastillas para adelgazar)?..... Si No
 En caso afirmativo, ¿tomó alguna de las siguientes? Fen-Phen Pondimin Redux Otro: _____
 En caso afirmativo, ¿se ha sometido a un examen médico para detectar problemas cardíacos?..... Si No
3. ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para prevenir la pérdida de masa ósea como Fosamax, Actonel, Boniva u otros similares?..... Si No
4. ¿Padece actualmente algún tipo de alergia, hipersensibilidad o reacción adversa a alguna sustancia o medicamento? Si No
 En caso afirmativo, especifique _____
5. Mujeres: ¿Está embarazada o cree que podría estarlo?: Si: Meses _____ No Lactancia materna: Si No
6. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?..... Si No
7. Por favor, indique cuál de las siguientes condiciones de salud ha tenido o tiene actualmente. Marque Si o no en cada caso.

Sida/VIH positivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Angina/Dolor torácico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Artritis/Reumatismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Válvula cardíaca artificial / Marcapasos _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Articulaciones artificiales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Asma/EPOC _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades autoinmunes _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Problemas de espalda y columna _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastornos sanguíneos _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Moretones fácilmente _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cáncer/Tumores _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Quimio/Radiación _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tos crónica _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Herpes labial _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No CPAP/Apnea del sueño _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo: _____ A1c: _____ Restricciones dietéticas _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Uso de drogas/alcohol _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastornos alimentarios _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Epilepsia/Convulsiones _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedades oculares/cirugía _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desmayos/Mareos _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ERGE/úlceras pépticas / Reflujo ácido _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cefaleas/Migrañas _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Discapacidad auditiva _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ataque cardíaco/ictus _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad/Condición cardíaca _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo: _____ Hepatitis A, B, C, D, o E _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tensión arterial alta/baja <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad renal _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad hepática/ictericia _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Enfermedad mental/Ansiedad _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Prolapso valvular mitral _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastorno nervioso _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Osteoporosis/Osteopenia _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Alergia estacional/Sinusitis _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Falta de aliento _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Uso de esteroides/cortisona _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Implantes quirúrgicos _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hinchazón de pies/tobillos _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trastorno tiroideo _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tuberculosis _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Deficiencia visual _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otro(s) problema(s) de salud: _____
---	--	---

8. Indique todos los medicamentos (con receta, sin receta y/o suplementos) que toma actualmente: _____

Las respuestas a las preguntas anteriores son exactas. Entiendo que esta información será utilizada para determinar el tratamiento dental que recibo en esta clínica y puede ser compartida con otras oficinas médicas sólo cuando sea necesario. Notificaré a esta clínica cualquier cambio de información.

Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____

Firma del dentista _____ Fecha _____



DH Iniciales del estudiante

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? _____

¿Fecha de la última visita al dentista? _____ ¿Fecha de la última limpieza dental? _____ ¿Fecha de las últimas radiografías? _____

¿Qué le hicieron en su última visita al dentista? _____

Nombre del dentista de referencia _____ Teléfono del dentista _____

Dirección, estado y código postal del dentista _____

¿Con qué frecuencia te haces limpiezas/exámenes dentales? _____

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____

¿Ha utilizado alguna vez o utiliza actualmente productos con flúor (enjuague, dentífrico, etc.)? Si No

¿Qué otras ayudas dentales utiliza (Waterpik, palillo de dientes, etc.)? _____

¿Tiene algún problema dental que le gustaría tratar en la visita de hoy? Si No

En caso afirmativo, describa: _____

Alguno de sus dientes es sensible a:

¿Caliente o frío? _____ Si No

¿Dulces? _____ Si No

¿Morder o masticar? _____ Si No

¿Ha notado algún olor en la boca o mal sabor? _____ Si No

¿Suele tener herpes labial, ampollas o cualquier otra lesión oral? _____ Si No

¿Tus padres han sufrido enfermedades de las encías o pérdida de dientes? _____ Si No

¿Ha notado algún diente flojo o un cambio en la mordida? _____ Si No

¿Tiende a quedarse comida atrapada entre los dientes? _____ Si No

Si es así, ¿dónde? _____

Lo haces:

¿Aprieta o rechina los dientes despierto o dormido? _____ Si No

¿Se muerde los labios o las mejillas con frecuencia? _____ Si No

¿Sujetar objetos extraños con los dientes, como lápices, pipas, alfileres, clavos? _____ Si No

¿Respira por la boca despierto o dormido? _____ Si No

¿Tiene las mandíbulas cansadas, sobre todo por la mañana? _____ Si No

¿Ronca o tiene otros trastornos del sueño? _____ Si No

¿Fuma, vapea o masca tabaco o utiliza cualquier otro producto del tabaco? _____ Si No

¿Tienes o has tenido algún piercing oral? _____ Si No

Alguna vez has tenido:

¿Tratamiento de ortodoncia como brackets o Invisalign? _____ Si No

¿Cirugía oral o extracciones? _____ Si No

¿Cirugía o tratamiento periodontal? _____ Si No

¿Te han ajustado la mordida? _____ Si No

¿Un protector bucal o nocturno? _____ Si No

¿Una lesión grave en la boca o la cabeza? _____ Si No

En caso afirmativo, describa la causa: _____

Alguna vez ha experimentado:

¿Chasquidos o chasquidos en la mandíbula? _____ Si No

¿Dolor (articulación, oído, lado de la cara)? _____ Si No

¿Dificultad para abrir o cerrar la boca? _____ Si No

¿Dificultad para masticar a ambos lados de la boca? _____ Si No

¿Dolores de cabeza, cuello u hombros? _____ Si No

¿Dolores musculares (cuello, hombros)? _____ Si No

¿Está satisfecho con el aspecto de sus dientes? _____ Si No

¿Le gustaría conservar todos sus dientes toda la vida? _____ Si No

¿Le pone nervioso someterse a un tratamiento dental? _____ Si No

Si es así, ¿cuál es su mayor preocupación? _____

¿Ha tenido alguna vez una mala experiencia dental? _____ Si No

En caso afirmativo, describa: _____

¿Le han dicho alguna vez que necesita medicación previa antes de cualquier tratamiento dental? _____ Si No

¿Hay algo más sobre el tratamiento dental que le gustaría que supiéramos? _____ Si No

En caso afirmativo, descríbalos: _____

