

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: _____

