

Evaluación de antecedentes médicos y dentales

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Altura (en pulgadas): _____ Peso (en libras): _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Intersexual Pronombres: _____
Identidad de género: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No binario ☐ Género no conforme ☐ Género Fluido ☐ Transgénero ☐ Agénero ☐ Otro: _____
Orientación sexual: ☐ Heterosexual/Hétero ☐ Gay ☐ Lesbiana ☐ Bisexual ☐ Asexual ☐ Pansexual ☐ Queer ☐ Otro: _____ ☐ Me niego a responder

Antecedentes médicos

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades o problemas (tuberculosis activa, tos persistente, tos con sangre, ha estado expuesto a tuberculosis)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL:

¿Se está sometiendo actualmente o se sometió durante el año pasado al tratamiento de un médico? ☐ Sí ☐ No
Si respondió afirmativamente, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de su médico. _____

¿Ha experimentado alguna enfermedad grave, operación compleja o ha sido hospitalizado(a) durante los últimos 5 años? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha recibido un trasplante de órganos? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Se ha sometido a una cirugía a corazón abierto? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha recibido un reemplazo ortopédico total de una articulación (por ejemplo, cadera, rodilla, codo, dedo)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez ha recibido radioterapia o quimioterapia para tratar un crecimiento, un tumor u otra condición? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha tomado (durante los últimos 2 años) o toma actualmente esteroides (por ejemplo, cortisona)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha tomado, toma actualmente o tiene planificado comenzar a tomar bisfosfonatos orales (Alendronato (Fosamax, Fosamax Plus D), Etidronato (Didronel), Ibandronato (Boniva), Risedronato (Actonel) o Tiludronato (Skelid)))? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tomado, está tomando o tiene planificado comenzar a tomar bisfosfonatos intravenosos (Clodronato (Bonefos), Pamidronato (Aredia) o Ácido zoledrónico (Reclast, Zometa)))? ☐ Sí ☐ No

TABAQUISMO:

¿Fuma actualmente o fue fumador en el pasado (cigarrillos, tabaco en polvo, tabaco de mascar, bidis)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

CONSUMO DE ALCOHOL:

¿Bebe alcohol? ☐ Sí ☐ No

EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS:

Ha sufrido alguna caída o casi se ha caído durante los últimos tres meses ☐ Sí ☐ No
¿Siente temor de caerse? ☐ Sí ☐ No
¿Tiene dificultades para caminar o desplazarse? ☐ Sí ☐ No
¿Utiliza algún dispositivo de asistencia, como un bastón, un andador, una silla de ruedas, muletas o una prótesis? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí para alguna de las opciones anteriores, especifique: _____

CONSUMO DE DROGAS:

¿Consume fármacos con receta, drogas ilícitas u otras sustancias con fines recreativos? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

SOLO LAS MUJERES DEBEN RESPONDER:

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No
¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No
¿Está tomando píldoras anticonceptivas, medicamentos para la fertilidad, medicamentos de reemplazo hormonal? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

ALERGIAS:

¿Padece alguna alergia (a medicamentos, alimentos, otro)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

AFECCIONES MÉDICAS:

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades, problemas o síntomas?

• Problema cardíaco/de presión arterial	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Problema respiratorio/pulmonar (incluida la apnea del sueño)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Diabetes/trastorno endocrino	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Trastorno renal/urinario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Cáncer o tumores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Problema neurológico/nervioso	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Trastorno psiquiátrico/mental	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Trastorno sanguíneo/hematológico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Trastorno estomacal/intestinal/hepático	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Trastorno muscular/óseo/de tejidos conectivos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
• Enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Padece algún otro problema, enfermedad o afección que no haya sido mencionado en la lista ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

Antecedentes dentales

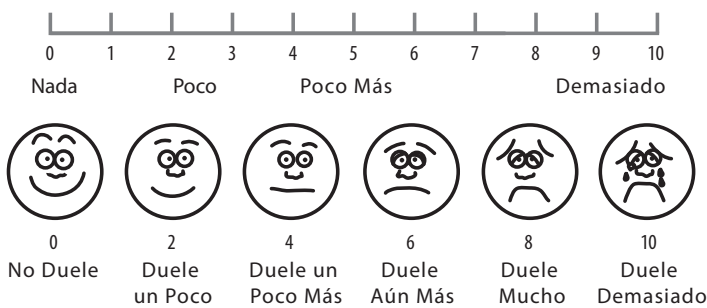
¿Cuál es el motivo de su visita de hoy a la consulta dental? _____

PROBLEMAS DENTALES (SEÑALES/SÍNTOMAS):

Actualmente, ¿experimenta dolor o molestias dentales? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, marque en la escala el nivel de dolor que siente.

ESCALA DE MEDICIÓN DEL DOLOR



¿Padece sensibilidad dental a los alimentos/líquidos fríos, calientes, dulces o a la presión? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Experimenta problemas para comer (problemas para masticar, para tragar, vómitos, etc.)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Tiene una hinchazón dentro o alrededor de la boca, la cara o el cuello? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Tiene dientes sueltos/flojos? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Padece dolores de cabeza, dolores de oídos o dolores de cuello? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Experimenta crujidos, chasquidos, molestias o restricción de abertura de la mandíbula? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Tiene llagas o úlceras en la boca? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Está satisfecho(a) con su sonrisa o la apariencia de sus dientes? ☐ Sí ☐ No

HÁBITOS ORALES:

¿Aprieta los dientes, o rechina los dientes? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

TRATAMIENTOS DENTALES ANTERIORES:

¿Ha visitado antes al dentista? ☐ Sí ☐ No
Si respondió afirmativamente, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono del dentista. _____

¿Posee antecedentes de terapia dental importante (implantes, procedimientos estéticos o cirugía ATM)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (para las encías)? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Posee puentes o usa dentadura postiza completa o parcial? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez se ha sometido a un tratamiento de conducto/endodoncia? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez se ha sometido a un tratamiento de ortodoncia (frenos)? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido anestesia local (Novocaína) para fines dentales? ☐ Sí ☐ No

¿Ha experimentado algún problema asociado a un tratamiento dental anterior? ☐ Sí ☐ No
Si respondió que sí, especifique: _____

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DENTALES (HIGIENE ORAL/DIETA):

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia limpia sus dientes con hilo dental? _____

Cuando se cepilla los dientes o los limpia con hilo dental, ¿sus encías sangran? ☐ Sí ☐ No

MEDICAMENTOS:

¿Está tomando, ha tomado recientemente (durante el último mes) o debiera tomar algún medicamento (con receta, sin receta, suplemento alimenticio, vitaminas, medicamento natural o herbal)? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que sí, especifique: _____