

Historia dental

¿Cuál es su principal preocupación? _____

¿Cuánto tiempo pasó desde su último examen/limpieza? _____

¿Alguna vez te has hecho una limpieza dental profunda con anestesia (alisado radicular)? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez te has sometido a una cirugía periodontal? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

¿Alguna vez ha experimentado una reacción adversa durante o junto con un procedimiento médico o dental? Sí No

Información médica

Nombre del médico _____ N.º de teléfono _____ Fecha de la última visita _____

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de un médico? Si No En caso afirmativo, describa _____

¿Existen otras condiciones de salud que debamos tener en cuenta? _____

Farmacia preferida _____

¿Fuma/Vape actualmente? Sí No ¿Tiene antecedentes de tabaquismo? Sí No En caso afirmativo,

¿Cuánto? _____ Número de años _____ ¿Utiliza tabaco sin fumo/marijuana? Sí No

¿Tu bebes? Sí No En caso afirmativo, ¿cuánto? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

Mujeres: ¿Estás embarazada? Si No ¿Enfermería? Si No ¿Toma pastillas anticonceptivas? Sí No

Indique si experimenta alguno de los siguientes síntomas:

<input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular	¿Es alérgico o ha reaccionado?	Lista de medicamentos:
<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> anestésicos locales	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de presión arterial	<input type="checkbox"/> Penicilina, otros antibióticos	_____
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sulfas	_____
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sedantes	_____
<input type="checkbox"/> Marcapasos	<input type="checkbox"/> Aspirina	_____
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Codeína	_____
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA/Enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/> Látex	_____
<input type="checkbox"/> Radiación/Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Otro _____	_____
<input type="checkbox"/> Sangrado anormal		_____
<input type="checkbox"/> Asma		

<input type="checkbox"/> Apnea del sueño	Durante los últimos 12 meses, ha tomado:	
<input type="checkbox"/> Cáncer/Tumor	<input type="checkbox"/> Anticoagulantes (Coumadin, Plavix, etc.)	
<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulaciones	<input type="checkbox"/> Medicamentos para la presión arterial	
<input type="checkbox"/> Diabetes, último nivel de A1C _____	<input type="checkbox"/> Insulina, metformina, etc.	
<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Aspirina	
<input type="checkbox"/> Hipo/hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Dexametasona	
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Nitroglicerina	Califica su salud general:
<input type="checkbox"/> EPOC (COPD)	<input type="checkbox"/> Cortisona	___ Excelente ___ Buena ___ Regular ___ Mala
HISTORIA DE:	<input type="checkbox"/> Bifosfonatos (Fosamax)	
<input type="checkbox"/> Hepatitis; Ictericia	<input type="checkbox"/> Otro _____	

<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática	¿Tomas aspirina a diario? Si o No
<input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia	¿Puedes tomar ibuprofeno (Advil)? Si o No
<input type="checkbox"/> Nefropatía	¿Toma aceite de pescado diariamente? Si o No
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Glaucoma	
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> Herpes labial	

He revisado la información de este cuestionario y, según mi leal saber y entender, es precisa. Entiendo que esta información será utilizada por el dentista para ayudar a determinar el tratamiento dental adecuado. Si hay algún cambio en mi estado médico, informaré al dentista.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____