

## Salud Dental

**Por favor, compruebe si alguno de los siguientes problemas se aplican a usted:**

- Sensibilidad
- Dolor de dientes o molestias al masticar
- Dolores de cabeza, dolores de oído, dolor de cuello
- Ulceras bucales o herpes labial
- Dolor en las articulaciones de la mandíbula
- Dientes o rellenos roto
- Apretar o rechinar los dientes
- Sangrado, irritadas o inflamación de las encías
- Los dientes flojos, depositado o desplazados
- Mal aliento o mal sabor en la boca

**Tiene usted o ha tenido alguna de las siguientes situaciones?**

- Dentadura completa
- Dentaduras parciales
- Tirantes
- Tratamientos de las encías
- Implantes
- Requiere tomar antibióticos antes del tratamiento dental**

**Fuma o usa tabaco de mascar?  sí  no**

**Cuanto? \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_**

**Si pudiera cambiar su sonrisa , haría:**

- Hacer mis dientes más blancos
- Hacer mis dientes rectos
- Cerrar espacios
- Fijar apiñamiento
- Reemplazar los empastes metálicos con rellenos de color del diente
- Reparación de dientes astillados
- Reemplazar los dientes perdidos
- Vuelva a colocar coronas viejas que no coinciden
- Tener un cambio de imagen sonrisa

**Por favor, comparta las siguientes fechas :**

Su última limpieza: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Su última detección del cáncer oral: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Su última serie de radiografías completas: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Dentista anterior / Oficina Dental \_\_\_\_\_

**Qué es lo más importante para usted acerca de su futuro sonrisa y salud dental?**

**Qué es lo más importante para usted acerca de su visita al dentista hoy?**

## Historial Médico

Aunque el personal dental tratan principalmente el área en y alrededor de la boca , la boca es una parte de su cuerpo entero . Los problemas de salud que pueda tener , o medicamentos que esté tomando , podrían tener una importante interrelación con la odontología que recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- o Estás bajo el cuidado de un médico ahora?  si  no  
**Nombre y Número:** \_\_\_\_\_
- o Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una gran operación?  si  no  
**Por favor explique:** \_\_\_\_\_
- o Alguna vez ha tenido una lesión en la cabeza o el cuello grave?  si  no  
**Por favor explique:** \_\_\_\_\_
- o Está tomando medicamentos, pastillas o drogas?  si  no  
**Anote todos los medicamentos :** \_\_\_\_\_
- o Alguna vez ha tomado Fosamax , Boniva , Actonel , o cualquier medicamento que contenga los bisfosfonatos ?  si  no
- o Está usted en una dieta especial?  si  no  
**Por favor explique:** \_\_\_\_\_
- o Utiliza sustancias controladas?  si  no  
**Por favor enumere:** \_\_\_\_\_

### Mujeres: Estas?

- Embarazadas / Tratando de quedar embarazada?       Tomando anticonceptivos orales?  
 Amamantando un niño?

### Es alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina    Penicilina    Codeína    Anestésicos locales    Acrílico    Metal    Latex    Sulfamidas     
 Otro **Si otro, por favor explique:** \_\_\_\_\_

### Por favor, compruebe si tiene o ha tenido alguna de las siguientes opciones:

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH Positivo             | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Latido del corazón irregular            | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer         | <input type="checkbox"/> Drogadicción                 | <input type="checkbox"/> Problemas de riñón                      |  |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia                      | <input type="checkbox"/> Boca seca                    | <input type="checkbox"/> Leucemia                                | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides  |
| <input type="checkbox"/> Anemia                          | <input type="checkbox"/> Enfisema                     | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado                   | <input type="checkbox"/> Amigdalitis   |
| <input type="checkbox"/> Angina                          | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja                   | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Artritis / Gota                 | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo            | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                     | <input type="checkbox"/> Tumores o crecimientos  |
| <input type="checkbox"/> Válvula de Salud artificial     | <input type="checkbox"/> Desmayos / Mareos            | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral           | <input type="checkbox"/> Úlceras   |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial         | <input type="checkbox"/> Ataque del corazón / Fracaso | <input type="checkbox"/> Osteoporosis                            | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea  |
| <input type="checkbox"/> Asma                            | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón            | <input type="checkbox"/> Dolor en articulaciones de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Ictericia amarilla  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre         | <input type="checkbox"/> Corazón de marcapasos        | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea                 | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades graves no mencionados anteriormente , explican : |
| <input type="checkbox"/> Problema respiratorio           | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón        | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica                   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad         | <input type="checkbox"/> Hemofilia                    | <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación               | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cancer                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis A                  | <input type="checkbox"/> Diálisis renal                          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C              | <input type="checkbox"/> Reumatismo                              | _____  |
| <input type="checkbox"/> Dolores en el pecho             | <input type="checkbox"/> Herpes                       | <input type="checkbox"/> Shingles                                | _____  |
| <input type="checkbox"/> Herpes labial                   | <input type="checkbox"/> Presion Alta                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades Celle falciformes          | _____  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno congénito del corazón | <input type="checkbox"/> Colesterol alto              | <input type="checkbox"/> Sinusitis                               | _____  |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                    | <input type="checkbox"/> Urticaria o erupción         | <input type="checkbox"/> Enfermedades del estómago / intestino   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Medicina de cortisona           | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                 | <input type="checkbox"/> Ataque de apoplejía                     | _____  |

A lo mejor de mi conocimiento , las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión . Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico .

Firma del paciente, padre, o guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_