



Historial médico y dental de adultos

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Contacto de emergencia (nombre / número de teléfono) _____

Historial médico

1. Médico _____ Dirección _____

2. ¿Cuándo fue su último examen físico? _____

3. ¿Está bajo el cuidado de un médico?..... Sí No

Si es así, ¿por qué razón (es)? _____

4. ¿Está tomando actualmente algún medicamento / droga / píldora / herbario / suplemento?..... Sí No

Si es así, indique: _____

5. (Mujeres) ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada?..... Sí No

Si es así, ¿fecha prevista de parto? _____

6. ¿Toma anticonceptivos orales?..... Sí No

7. ¿Es alérgico / sensible a: Ninguno Codeína Penicilina Anestesia local Látex

Piñones Tintes Otro: _____

8. ¿Fuma, mastica tabaco o usa cigarrillos electrónicos?..... Sí No

Si es así, indique cuál (es), frecuencia diaria y durante cuánto tiempo. _____

9. ¿Tiene diabetes?..... Sí No

Si es así, indique: Tipo 1 Tipo 2 Última fecha y nivel de HbA1c: _____

10. ¿Tiene o ha tenido alguna vez:

Presión arterial anormal..... Sí No

Anemia..... Sí No

Artritis Sí No

Válvula / stent / injerto cardíaco artificial Sí No

Reemplazos de articulaciones artificiales Sí No

Asma..... Sí No

Trastornos del espectro autista (TEA)... Sí No

Cáncer Sí No

Dependencia química Sí No

Quimioterapia / radiación..... Sí No

Defectos cardíacos congénitos..... Sí No

Tratamiento con corticosteroides..... Sí No

Epilepsia / convulsiones..... Sí No

Sangrado excesivo o prolongado..... Sí No

Desmayos..... Sí No

Glaucoma..... Sí No

Discapacitados auditivos Sí No

Soplo cardíaco Sí No

Marcapasos cardíaco Sí No

Cirugía cardíaca Sí No

Problemas cardíacos..... Sí No

Hepatitis (Tipo __) Sí No

VIH positivo / SIDA..... Sí No

Ictericia Sí No

Problemas de riñón / diálisis..... Sí No

Leucemia Sí No

Lesiones herpéticas bucales..... Sí No

Osteoporosis / tratamiento con bisfosfonatos Sí No

Atención psiquiátrica Sí No

Fiebre reumática..... Sí No

Enfermedad de transmisión sexual..... Sí No

Problemas de los senos nasales..... Sí No

Carrera Sí No

Problema de tiroides..... Sí No

Tuberculosis o enfermedad pulmonar... Sí No

Úlceras / ERGE..... Sí No

11. ¿Toma premedicación para algo?..... Sí No

Si te premedicas, ¿para qué? _____

12. ¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave, hospitalización o accidente?..... Sí No

Si es así, explíquelo por favor: _____



Historial médico y dental de adultos

Historia Dental

1. Ex dentista _____ Dirección _____
2. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? _____ ¿Cuándo fue su última limpieza? _____
¿Se tomaron radiografías?..... Sí No
Si es así, Serie de boca completa Alas de mordisco Panorámico
¿Qué se hizo en su última visita? _____
¿Por qué dejaste a ese dentista? _____
¿Te han recomendado algún tratamiento dental que no te hayas hecho? _____
3. ¿Conoce algún problema dental Sí No
Si es así, explíquelo porfavor: _____
4. Califique el estado actual de su boca: *Deficiente* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Excelente*
5. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la enfermedad de las encías?..... Sí No
Si es así, ¿qué se hizo? _____
6. ¿Tiene agua de pozo?..... Sí No
7. ¿Su agua está fluorada?..... Sí No
8. ¿Sus dientes son sensibles a: Nada Dulce Frío Calor Presión
9. Califique la apariencia de su sonrisa: *Deficiente* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Excelente*
 10. ¿Le gustaría una sonrisa más blanca? Sí No
 11. ¿Le gustaría tener dientes más rectos?..... Sí No
 12. ¿Le han enderezado los dientes / ha utilizado frenos?..... Sí No
 13. ¿Le preocupa el mal aliento (mal olor)?..... Sí No
14. ¿Le preocupan los ronquidos o la apnea del sueño? Sí No
15. ¿Le preocupa rechinar o apretar los dientes (bruxismo)?..... Sí No
16. ¿Usa un protector de mordida? Sí No
17. ¿Conoce los posibles problemas de la ATM? (¿La articulación de la mandíbula hace ruido, se traba o produce dolor?) Sí No
18. ¿Está interesado en ser dormido o sedación durante odontología? Sí No
19. ¿Hay algo más que sea valioso que su dentista sepa para brindarle la mejor atención? _____

- Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental adecuado.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), consejos y tratamiento a otro dentista.
- He informado con precisión a mi proveedor de atención dental sobre mi estado de salud actual y sobre cualquier suplemento dietético o herbal medicamentos y / o drogas (incluso recreativas y de venta libre) que estoy tomando o he tomado en la última semana.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Padre/Tutor)

Firma del dentista _____ Fecha _____