

FULL DENTAL

Historia de Salud

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Sexo: H _____ M _____ Altura: _____ Peso: _____

En caso de emergencia, contactar: _____ Teléfono: () _____

• **Instrucciones:**

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario.

Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

¿Por qué está aquí ahora? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____/_____/_____

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? _____/_____/_____

¿Están disponible sus radiografías? SI _____ NO _____

Si es así, escribe el nombre del Dentista anterior y el número de teléfono.
 _____ () _____

1. ¿Está mal de salud? SI _____ NO _____
 2. ¿Ha cambiado su salud durante el último año? SI _____ NO _____
 3. ¿Mi último examen médico fue en _____/_____/_____
 4. ¿Está ahora bajo atención médica? SI _____ NO _____
 - a. Si es así, ¿qué enfermedad se está curando? _____
 5. El nombre y domicilio de mi médico es _____
 6. ¿Tiene o ha tenido una enfermedad seria? SI _____ NO _____
 - a. Si es así, ¿Qué operación o enfermedad? _____
 7. ¿Durante los últimos 5 años ha sido hospitalizado o ha tenido una enfermedad seria? SI _____ NO _____
 - a. Si contesta afirmativamente explique? _____
 8. ¿Tiene o ha tenido una de las siguientes enfermedades o problemas?
 - a. Válvulas dañadas o válvulas artificiales del corazón. SI _____ NO _____
 - b. Lesión cardíaca congénita SI _____ NO _____
 - c. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope). SI _____ NO _____
 - Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo SI _____ NO _____
 - Después de algún ejercicio siente falta de aire. SI _____ NO _____
 - Se le hinchan los tobillos SI _____ NO _____
 - Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar o necesita más de una almohada para dormir? SI _____ NO _____
 - Tiene marcapasos cardíaco SI _____ NO _____
 - d. Problemas de sinusitis SI _____ NO _____
 - e. Asma SI _____ NO _____
 - f. Alergia SI _____ NO _____
 - g. Ronchas o salpullido SI _____ NO _____
 - h. Desmayos y sudores o ataques SI _____ NO _____
 - i. Diabetes SI _____ NO _____
 - Orina usted más de seis veces al día SI _____ NO _____
 - Tiene sed la mayoría del tiempo SI _____ NO _____
 - Se le reseca la boca frecuentemente SI _____ NO _____
 - j. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado SI _____ NO _____
 - k. Artritis SI _____ NO _____
 - l. Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor) SI _____ NO _____
 - m. Úlceras estomacales SI _____ NO _____
 - n. Enfermedad del riñón SI _____ NO _____
 - o. Tuberculosis SI _____ NO _____
 - p. Tos persistente o tose sangre SI _____ NO _____
 - q. Baja presión sanguínea SI _____ NO _____
 - r. Enfermedades venereas SI _____ NO _____
 - s. Tiene cadera _____ o coyuntura protésica _____ implantes _____ placa de hueso _____ o tornillos _____
- Si es así explique _____

9. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía o trauma SI _____ NO _____
- a. Se moretea su piel fácilmente SI _____ NO _____
- b. Ha requerido transfusión sanguínea SI _____ NO _____
- Si contesta afirmativamente, explique _____
10. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia SI _____ NO _____
11. Ha tenido cirugía o rayos X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal o labial SI _____ NO _____
12. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos: SI _____ NO _____
- Si es así indique cual
- | | |
|--|---|
| Sulfas o antibióticos _____ | Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo) _____ |
| Medicamento para la presión alta _____ | Cortisona (esteroides) _____ |
| Antihistamínico _____ | Tranquilizantes _____ |
| Aspirina _____ | Insulina, tobutamida o drogas similares _____ |
| Digitales o medicamentos para enfermedades cardiacas _____ | Nitroglicerina _____ |
| Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal _____ | Otra droga o medicina _____ |
13. Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos SI _____ NO _____
- | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------|
| Anestesia local _____ | Antibióticos o penicilina _____ | Drogas con sulfas _____ |
| Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir _____ | Aspirina _____ | Yodo _____ |
| Codeína u otros narcóticos _____ | Látex o productos de hule _____ | |
- Alguna otra _____
14. Ha tomado usted el medicamento Redux® para su dieta SI _____ NO _____
15. Tiene usted alguna enfermedad, condición física o algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber SI _____ NO _____
16. Está trabajando o está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías o alguna otra forma de radiación SI _____ NO _____
17. Usa lentes de contacto SI _____ NO _____
18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes SI _____ NO _____
- a. Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ VIH / SIDA _____
19. Esta usted embarazada SI _____ NO _____
20. Tiene algún problema asociado con su periodo menstrual SI _____ NO _____
21. Está dando pecho SI _____ NO _____
22. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental SI _____ NO _____
- Si contesta afirmativamente, explique _____
23. Que tan seguido se cepilla los dientes? _____
24. Usa hilo dental YES _____ NO _____
25. Le sangran o le duelen sus encías YES _____ NO _____
- Que tan seguido _____
26. Son sus dientes sensibles a: Caliente _____ Frio _____ Dulce _____ Presión _____
27. Retiene comida sus dientes YES _____ NO _____
28. Tiene Dolores de cabeza _____ cuello _____ hombros _____
29. Aprieta o rechina sus dientes YES _____ NO _____
30. Ha tenido algún dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos YES _____ NO _____
31. Ha tenido algún dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos YES _____ NO _____

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

_____	_____	_____	_____
Firma del paciente o guardián	Fecha	Firma del dentista	Fecha