

# Información del historial médico y dental del paciente

**A nuestros pacientes:** tenga en cuenta que podemos formular preguntas de seguimiento para asegurarnos de que tengamos toda la información que necesitamos a fin de poder tratarlo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono laboral:	
Dirección de correo electrónico:			
Domicilio postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:     /     /	Sexo:		
Ocupación:			
Contacto de emergencia: Nombre:	Relación:	Teléfono:	
Si está completando el formulario en nombre de otra persona, ¿cuál es su nombre y la relación con esa persona? Nombre: _____ Relación: _____			
Si firma este formulario en calidad de representante personal del paciente: Declaro y garantizo que tengo pleno derecho y autoridad legal para consentir la realización de cualquier procedimiento a este paciente. Si por alguna razón ya no tengo tal derecho y autoridad legal, lo notificaré de inmediato por escrito al consultorio.			
HISTORIAL DENTAL Y SÍNTOMAS			
¿Cuál es el motivo de la visita de hoy?			
¿Actualmente experimenta algún dolor o malestar dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Si es así, ¿dónde?			
¿Cuándo fue el último examen dental?     /     /     ¿Qué se llevó a cabo en esa cita?			
¿Cuándo fue la última vez que le realizaron radiografías dentales?			
Marque la casilla con una «X» SOLO si se aplica a usted.			
¿Le cuesta abrir la boca? .....	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? .....	<input type="checkbox"/>
¿Le duele al masticar, morder o tragar? .....	<input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió: _____	
¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental? .....	<input type="checkbox"/>		
¿Se ha sometido alguna vez a tratamientos periodontales (de encías) como destartraje y alisado radicular? .....	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido problemas con el tratamiento dental en el pasado? .....	<input type="checkbox"/>
¿Tiene, o alguna vez ha tenido, llagas o protuberancias en la boca? .....	<input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido: _____	
¿Aprieta o hace rechinar los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez ha tenido una reacción o un problema con la anestesia dental? .....	<input type="checkbox"/>
¿Siente algún chasquido, crujido o dolor en la mandíbula? .....	<input type="checkbox"/>	Si es así, describa lo ocurrido: _____	
¿Tiene dolores de oído o de cuello? .....	<input type="checkbox"/>		
¿El tratamiento dental lo pone nervioso? .....	<input type="checkbox"/>	¿No le gusta su sonrisa? .....	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha experimentado alguno de estos trastornos respiratorios relacionados con el sueño? .....	<input type="checkbox"/>	Si es así, ¿por qué? Marque donde corresponda:	
<input type="checkbox"/> Respiración por boca <input type="checkbox"/> Ronquido <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar durante el sueño		<input type="checkbox"/> El color de sus dientes <input type="checkbox"/> La forma de sus dientes <input type="checkbox"/> La posición de sus dientes	
		<input type="checkbox"/> Otros. Describa: _____	
MEDICACIONES Y OTROS PRODUCTOS/OTRAS SUSTANCIAS			
Marque las respuestas a las siguientes preguntas con una «X».			Sí No ?
¿Toma algún <b>anticoagulante</b> (como warfarina [Coumadin®], rivaroxabán [Xarelto®], dabigatrán [Pradaxa®], clopidogrel [Plavix®], heparina o aspirina)? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué medicación toma? _____			
¿Toma alguna medicación para tratar la <b>osteoporosis</b> o la enfermedad de Paget? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen alendronato (Fosamax®), risedronato (Actonel®), ibandronato (Boniva®), zolendronato (Reclast®) y denosumab (Prolia®). Si es así, ¿qué medicación toma? _____			
¿Usa, o tiene previsto usar, <b>medicación intravenosa (IV)</b> para tratar el dolor de huesos, la hipercalcemia o las complicaciones óseas derivadas de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Algunos medicamentos que se recetan comúnmente incluyen denosumab (Xgeva®), pamidronato (Aredia®) o zolendronato (Zometa®). Si es así, ¿qué medicación toma? _____ ¿Hace cuántos años que la toma? _____			
¿Recibe <b>terapia de sustitución hormonal</b> ? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Consume algún tipo de <b>tabaco o productos de nicotina</b> (cigarrillo, cigarro, rapé, tabaco para mascar, bidi)? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Utiliza <b>productos de vapeo</b> ? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Cuántas <b>bebidas alcohólicas</b> consume por semana? _____			
¿Consume <b>sustancias controladas</b> (drogas), incluida la marihuana, por motivos medicinales o recreativos? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, ¿qué sustancias? _____ Si es así, ¿con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> A diario <input type="checkbox"/> Varias veces por semana <input type="checkbox"/> Todas las semanas <input type="checkbox"/> A veces			
¿La sustancia fue recetada por un médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   Si es así, ¿por qué razones? _____			
¿Toma algún otro <b>medicamento recetado o de venta libre, vitaminas, hierbas o suplementos</b> ? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si es así, enumérelos aquí e incluya información sobre la cantidad y la frecuencia de uso de cada uno _____			
SOLO PARA MUJERES:			
¿Toma <b>píldoras anticonceptivas</b> ? .....			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Está <b>embarazada</b> ? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿Está <b>en el periodo de lactancia</b> ? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

