

# ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Nombre del médico / y su especialidad \_\_\_\_\_  
 Exploración física más reciente \_\_\_\_\_ Objetivo \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo cree que es su salud en general? Excelente Buena Normal Mala

## TIENE o HA TENIDO ALGUNA VEZ:

SÍ NO

SÍ NO

1. hospitalización por enfermedad o lesión \_\_\_\_\_
2. una reacción alérgica a
  - aspirina, ibuprofeno, paracetamol, codeína
  - penicilina
  - eritromicina
  - tetraciclina
  - sulfonamida
  - anestesia local
  - flúor
  - metales (níquel, oro, plata, \_\_\_\_\_)
  - látex
  - otro \_\_\_\_\_
3. problemas de corazón o stent cardíaco en los últimos seis meses
4. antecedentes de endocarditis infecciosa
5. válvula cardíaca artificial, defecto de corazón reparado (persistencia del agujero oval, PFO por sus siglas en inglés)
6. marcapasos o desfibrilador implantable \_\_\_\_\_
7. implante ortopédico (sustitución de articulación) \_\_\_\_\_
8. fiebre reumática o escarlatina \_\_\_\_\_
9. tensión arterial alta o baja \_\_\_\_\_
10. un accidente cerebrovascular (toma diluyentes de la sangre) \_\_\_\_\_
11. anemia u otros trastornos sanguíneos \_\_\_\_\_
12. hemorragia prolongada debida a un pequeño corte (INR > 3,5) \_\_\_\_\_
13. enfisema, falta de aliento, sarcoidosis \_\_\_\_\_
14. tuberculosis, sarampión, varicela \_\_\_\_\_
15. asma \_\_\_\_\_
16. problemas respiratorios o de sueño (es decir, apnea del sueño, ronquidos, sinusitis)
17. enfermedad renal \_\_\_\_\_
18. enfermedad hepática \_\_\_\_\_
19. ictericia \_\_\_\_\_
20. tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio \_\_\_\_\_
21. deficiencia hormonal \_\_\_\_\_
22. colesterol alto o toma estatinas \_\_\_\_\_
23. diabetes (HbA1c = \_\_\_\_\_)
24. úlcera de estómago o duodenal \_\_\_\_\_
25. trastornos digestivos (es decir, enfermedad celíaca, reflujo gástrico)
26. osteoporosis / osteopenia (es decir, toma bifosfonatos) \_\_\_\_\_

27. artritis \_\_\_\_\_
28. enfermedad autoinmunitaria \_\_\_\_\_  
(es decir, artritis reumatoide, lupus, esclerodermia)
29. glaucoma \_\_\_\_\_
30. lentes de contacto \_\_\_\_\_
31. lesiones en la cabeza o el cuello \_\_\_\_\_
32. epilepsia, convulsiones (crisis) \_\_\_\_\_
33. trastornos neurológicos (TDA/TDAH, enfermedad de priones) \_\_\_\_\_
34. infecciones virales y herpes labial \_\_\_\_\_
35. cualquier bulto o hinchazón en la boca \_\_\_\_\_
36. urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno \_\_\_\_\_
37. ITS / ETS / VPH \_\_\_\_\_
38. hepatitis (tipo \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_
39. VIH / SIDA \_\_\_\_\_
40. tumor, neoplasia anormal \_\_\_\_\_
41. terapia de radiación \_\_\_\_\_
42. quimioterapia, medicamentos inmunosupresores \_\_\_\_\_
43. dificultades emocionales \_\_\_\_\_
44. tratamiento psiquiátrico \_\_\_\_\_
45. medicamentos antidepresivos \_\_\_\_\_
46. uso de alcohol / drogas recreativas \_\_\_\_\_

## USTED:

47. está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad \_\_\_\_\_
48. es consciente de un cambio en su salud en las últimas 24 horas  
(es decir, fiebre, escalofríos, tos nueva o diarrea) \_\_\_\_\_
49. está tomando medicamentos para controlar el peso \_\_\_\_\_
50. está tomando complementos alimenticios \_\_\_\_\_
51. está a menudo agotado o fatigado \_\_\_\_\_
52. sufre dolores de cabeza frecuentes \_\_\_\_\_
53. es fumador, fumó anteriormente o usa tabaco sin humo \_\_\_\_\_
54. está considerado como una persona susceptible / sensible \_\_\_\_\_
55. a menudo se siente infeliz o deprimido \_\_\_\_\_
56. es una MUJER que toma pastillas anticonceptivas \_\_\_\_\_
57. es una MUJER que está embarazada \_\_\_\_\_
58. es un HOMBRE con trastornos de la próstata \_\_\_\_\_

Describa cualquier tratamiento médico actual, intervención quirúrgica inminente, retraso genético/del desarrollo u otro tratamiento que posiblemente pueda afectar a su tratamiento dental. (es decir, botox, inyecciones de colágeno)

Indique todos los medicamentos, complementos y vitaminas que haya tomado en los últimos dos años.

| Fármaco | Objetivo | Fármaco | Objetivo |
|---------|----------|---------|----------|
| _____   | _____    | _____   | _____    |
| _____   | _____    | _____   | _____    |
| _____   | _____    | _____   | _____    |

**EN EL FUTURO COMUNÍQUENOS CUALQUIER CAMBIO EN SUS ANTECEDENTES MÉDICOS O DE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO.**

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# ANTECEDENTES DENTALES

Nombre \_\_\_\_\_ Apodo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Remitido por \_\_\_\_\_ ¿Cómo calificaría el estado de su boca? Excelente Bueno Normal Malo  
Dentista anterior \_\_\_\_\_ ¿Durante cuánto tiempo ha sido su paciente? \_\_\_\_\_ Meses/Años  
Fecha del examen dental más reciente \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de las radiografías más recientes \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha del tratamiento más reciente (aparte de la limpieza) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Voy a mi dentista habitualmente cada: 3 meses 4 meses 6 meses 12 meses No voy de forma habitual

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? \_\_\_\_\_

A CONTINUACIÓN CONTESTE SÍ O NO:

SÍ NO

## ANTECEDENTES PERSONALES

1. ¿Le da miedo el tratamiento dental? ¿Cuánto miedo?, en una escala de 1 (el menos) a 10 (el más) [\_\_\_\_] \_\_\_\_\_
2. ¿Ha tenido alguna experiencia dental negativa? \_\_\_\_\_
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones con algún tratamiento dental anterior? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el funcionamiento de la anestesia o ha tenido alguna reacción a la anestesia local? \_\_\_\_\_
5. ¿Le han puesto alguna vez frenillos, ha recibido tratamiento ortodóntico o le han ajustado la mordida? \_\_\_\_\_
6. ¿Le han quitado alguna pieza dental? \_\_\_\_\_

## ENCÍAS Y HUESO

7. ¿Le sangran las encías o le duelen cuando se cepilla los dientes o se pasa el hilo dental? \_\_\_\_\_
8. ¿Le han tratado alguna vez por piorrea o le han dicho que ha disminuido el hueso alrededor de los dientes? \_\_\_\_\_
9. ¿Ha notado alguna vez un sabor u olor desagradable en la boca? \_\_\_\_\_
10. ¿Hay alguien en su familia con antecedentes de enfermedad periodontal? \_\_\_\_\_
11. ¿Ha sufrido alguna vez retracción de las encías? \_\_\_\_\_
12. ¿Se le ha aflojado alguna vez una pieza dental por sí misma (sin una lesión) o tiene dificultades para comer una manzana? \_\_\_\_\_
13. ¿Ha tenido una sensación de ardor en la boca? \_\_\_\_\_

## ESTRUCTURA DEL DIENTE

14. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_
15. ¿Le parece demasiado poca la cantidad de saliva en la boca o tiene dificultad para tragar cualquier tipo de comida? \_\_\_\_\_
16. ¿Siente o nota algún agujero (es decir, picaduras, cráteres) en la superficie de masticación de los dientes? \_\_\_\_\_
17. ¿Algunos de los dientes son sensibles al calor, al frío, al morder, a los dulces o evita cepillarse alguna parte de la boca? \_\_\_\_\_
18. ¿Tiene ranuras o muescas en los dientes cerca del borde de las encías? \_\_\_\_\_
19. ¿Alguna vez se ha roto algún diente, ha tenido dientes astillados o ha tenido dolor de muelas o empastes agrietados? \_\_\_\_\_
20. ¿Se le queda comida atrapada entre los dientes con frecuencia? \_\_\_\_\_

## MORDIDA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA

21. ¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (dolor, sonidos, apertura limitada, bloqueo, chasquido) \_\_\_\_\_
22. ¿Siente como si la mandíbula inferior se moviera hacia atrás cuando muerde con los dientes juntos? \_\_\_\_\_
23. ¿Evita o tiene dificultades para masticar chicle, zanahorias, frutos secos, panecillos, baguettes, barras de proteína u otros alimentos duros y secos? \_\_\_\_\_
24. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, afilado o desgastado? \_\_\_\_\_
25. ¿Los dientes cada vez se le tuercen más, se apiñan o se superponen? \_\_\_\_\_
26. ¿Se le están separando los dientes o se están aflojando? \_\_\_\_\_
27. ¿Tiene que dar más de un bocado, tiene que apretar o desplazar la mandíbula para que los dientes encajen entre sí? \_\_\_\_\_
28. ¿Pone su lengua entre los dientes o cierra los dientes contra la lengua? \_\_\_\_\_
29. ¿Mastica hielo, se muerde las uñas, utiliza los dientes para sujetar objetos o tiene algún otro hábito bucal? \_\_\_\_\_
30. ¿Aprieta los dientes durante el día o hace que le duelan? \_\_\_\_\_
31. ¿Tiene algún problema para dormir (es decir, desasosiego), se despierta con dolor de cabeza o es consciente de sus dientes? \_\_\_\_\_
32. ¿Usa o ha usado alguna vez un aparato para mordida? \_\_\_\_\_

## CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA

33. ¿Hay algo sobre el aspecto de sus dientes que le gustaría cambiar? \_\_\_\_\_
34. ¿Se ha blanqueado los dientes alguna vez? \_\_\_\_\_
35. ¿Se ha sentido incómodo o acomplejado por el aspecto de sus dientes? \_\_\_\_\_
36. ¿Le ha decepcionado el aspecto de un trabajo dental anterior? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_