

# Evaluación del Historial Médico y Dental

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

DENTAL. SALUD INTEGRAL.

Estatura (pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso (lbs): \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  Intersexual Pronombres: \_\_\_\_\_

**Nuestro equipo de CU Dental respeta y reconoce la identidad de los pacientes que atendemos. Hacemos preguntas sobre pronombres, identidad de género y orientación sexual para ayudar a informar a nuestros proveedores y ofrecerle la mejor atención.**

Identidad de género:  Hombre  Mujer  No binario  No conforme con el género  Género fluido  Transgénero  Sin género

Otro: \_\_\_\_\_

Orientación sexual:  Heterosexual  Homosexual  Lesbiana  Bisexual  Asexual  Pansexual  Queer  Se niega a responder

Otro: \_\_\_\_\_

## Historial Médico

¿Tiene el paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas (tuberculosis activa, tos persistente, tos con sangre, exposición a la tuberculosis)?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique e informe a alguien en recepción: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL:

¿Recibe o recibió el paciente en el último año atención de un médico?  Sí  NO

Si es así, proporcione nombre, lugar y número de teléfono del médico, y fecha del último examen. \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el paciente alguna enfermedad grave, operación o ha estado hospitalizado en los últimos 5 años?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho al paciente un trasplante de órganos?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el paciente una operación a corazón abierto?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho al paciente un reemplazo total de articulación ortopédica (p. ej., cadera, rodilla, codo o dedo)?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha el paciente recibido alguna vez radioterapia o quimioterapia por un crecimiento, tumor u otra condición?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado el paciente (en los últimos 2 años) o está tomando el paciente esteroides (p. ej., Cortisone)?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha el paciente tomado, toma o tiene previsto tomar **bifosfonatos** orales o antirresortivos [Alendronate (Fosamax, Fosamax Plus D), Etidronate (Didronel), Ibandronate (Boniva), Risedronate (Actonel) o Tiludronate (Skelid), Denosumab]?  Sí  NO

¿Ha el paciente tomado, toma o tiene previsto tomar **bifosfonatos** intravenosos [Clodronate (Bonefos),

Pamidronate (Aredia) o Zoledronic Acid (Reclast, Zometa)]?  Sí  NO

¿Hay alguna condición médica que requiera que el paciente tome medicamentos antes del tratamiento dental?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio en la salud general del paciente en el último año?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

### Sólo para menores:

¿Tiene el niño las vacunas al día?  Sí  NO

### EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS:

¿Se ha caído o estuvo a punto de caerse en los últimos tres meses?  Sí  NO

¿Tiene el paciente miedo de caerse?  Sí  NO

¿Tiene el paciente dificultades para deambular (caminar o moverse)?  Sí  NO

¿Usa el paciente un dispositivo de ayuda como un bastón, un andador, una silla de ruedas, muletas o una prótesis?  Sí  NO

Si usa uno de los de arriba, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente una discapacidad visual o auditiva?  Sí  NO

### CONSUMO DE TABACO:

¿Consume o ha consumido el paciente tabaco (fumar, rapé, mascar, bidi o vapeo)?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

### CONSUMO DE ALCOHOL:

¿Bebe el paciente bebidas alcohólicas?  Sí  NO

### CONSUMO DE DROGAS:

¿Consume el paciente drogas recetadas o compradas en la calle u otras sustancias con fines recreativos?  Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:**

¿Toma el paciente, ha tomado recientemente (en el último mes) o se supone que tomará algún medicamento (con receta, de venta libre, suplementos dietéticos, vitaminas, naturales o a base de hierbas)?  SÍ  NO

Si la respuesta es Sí, enumere o adjunte una lista de todos los medicamentos, dosis y frecuencia:

---



---



---

**Alergias:**

¿Tiene el paciente alguna alergia (medicamentos, alimentos, otro)?  SÍ  NO

**SÓLO PARA MUJERES:****CONDICIONES MÉDICAS:**

¿Tiene el paciente o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, problemas o síntomas?  SÍ  NO

Problema del corazón/presión  SÍ  NO

Problema respiratorio/de los pulmones (incluyendo apnea del sueño)  SÍ  NO

Diabetes/Trastorno endocrino  SÍ  NO

Si tiene diabetes, último valor de HbA1c: \_\_\_\_\_

Trastorno de los riñones/urinario  SÍ  NO

Cáncer o tumores  SÍ  NO

Problema neurológico/nervioso  SÍ  NO

Enfermedad psiquiátrica/Trastorno de salud mental  SÍ  NO

Trastorno sanguíneo/hematológico  SÍ  NO

Trastorno del estómago/intestino/hígado  SÍ  NO

Trastorno de los músculos/huesos/tejido conjuntivo  SÍ  NO

Enfermedad infecciosa  SÍ  NO

Trastorno genético/anomalías cromosómicas/otros problemas del desarrollo  SÍ  NO

Problema de cabeza/ojos/oídos/nariz/garganta  SÍ  NO

Problema dermatológico/de la piel  SÍ  NO

Trastorno alimentario  SÍ  NO

¿Tiene el paciente algún otro problema, enfermedad o condición no enumerada arriba?

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Está la paciente embarazada?  SÍ  NO

¿Está la paciente amamantando?  SÍ  NO

¿Toma la paciente píldoras anticonceptivas, medicamentos para la fertilidad o de reemplazo hormonal?  SÍ  NO

Si la respuesta es Sí, especifique:

---



---

**Solamente la niña:**

¿Ha empezado a menstruar?  SÍ  NO

¿Cuánto hace que empezó a menstruar?

0-6 meses  6-12 meses  1-2 años  Más de 2 años

# Historial Dental

¿Cuál es el motivo de la consulta dental de hoy del paciente? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL DENTISTA PRIMARIO

Nombre del consultorio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

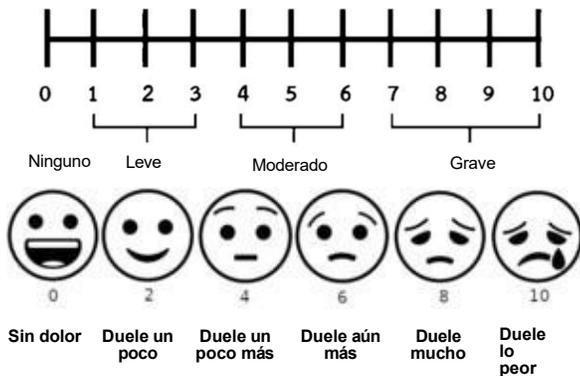
Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## PROBLEMAS DENTALES (SEÑALES/SÍNTOMAS):

¿Tiene el paciente actualmente dolor o molestias dentales?  
 Sí  NO

Si respondió Sí a la pregunta anterior, marque en el cuadro el grado de dolor que tiene el paciente.



¿Son los dientes del paciente sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente problemas para comer (problemas para masticar, tragar, vómitos, etc.)?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente hinchazón en o alrededor de la boca, la cara o el cuello?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente dientes flojos?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente dolores de cabeza, de oído o de cuello?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente algún chasquido, crujido o molestia, o abertura limitada de la mandíbula?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente llagas o úlceras en la boca?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el paciente alguna lesión grave en la cabeza o la boca?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Está el paciente disconforme con su sonrisa o con el aspecto de sus dientes?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

## TRATAMIENTO DENTAL ANTERIOR:

¿Ha ido el paciente al dentista antes?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo fue la última visita?

0-6 meses  6-12 meses  1-2 años  Más de 2 años

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo le hicieron el último examen dental?

0-6 meses  6-12 meses  1-2 años  Más de 2 años

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo le hicieron la última radiografía dental?

0-6 meses  6-12 meses  1-2 años  Más de 2 años

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo le hicieron la última limpieza dental?

0-6 meses  6-12 meses  1-2 años  Más de 2 años

¿Tiene el paciente un historial de tratamiento dental importante (implantes, procedimientos estéticos o cirugía TMJ)?

Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho al paciente algún tratamiento periodontal (de las encías)?

Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene el paciente puentes o usa dentadura postiza o parciales?

Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho al paciente un tratamiento de endodoncia?

Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho al paciente algún tratamiento de ortodoncia?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el paciente anestesia local (Novocaine) con fines dentales?  
 Sí  NO

¿Ha tenido el paciente algún problema asociado a tratamientos dentales anteriores?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

**PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DENTALES (HIGIENE ORAL/ALIMENTACIÓN):**

¿Con qué frecuencia el paciente se cepilla los dientes?

\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia el paciente usa hilo dental?

\_\_\_\_\_

¿Le sangran las encías cuando se cepilla o usa hilo dental?  
 Sí  NO

**HÁBITOS ORALES:**

¿Aprieta, bruxa o rechina el paciente los dientes?  
 Sí  NO

Si la respuesta es Sí, especifique: \_\_\_\_\_

**Sólo para menores:**

¿Alguien ayuda al niño a cepillarse y limpiarse los dientes?  
 Sí  NO

¿Come el niño snacks entre comidas más de 3 veces al día y/o tiene una dieta con alto contenido de hidratos de carbono (azúcar/almidón/bocadillos/botanas)  
(Especifique):

- Come snacks con frecuencia  Dieta con alto contenido de carbohidratos

¿Tiene el niño una exposición adecuada al flúor (vive o va a la escuela en una comunidad fluorada, usa pasta dental y enjuague bucal con flúor, le han hecho un tratamiento tópico de esmalte con flúor en los últimos 6 meses)?  
(Especifique):

- Vive o va a la escuela en una comunidad fluorada  
 Usa pasta dental con flúor al menos una vez por día  
 Usa enjuague bucal con flúor a diario  
 Tratamiento tópico con flúor en los últimos 6 meses  
 Tratamiento de esmalte con flúor en los últimos 6 meses

¿Se chupa el niño el dedo pulgar, los dedos o usa chupetes?

- Dedo pulgar  Dedo  Chupete