

Evaluación del historial médico y dental

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento: _____

DENTAL. SALUD INTEGRAL.

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.

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

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

Otro: _____ Se niega a responder

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 articular ortopédico (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 el paciente tomado (en los últimos 2 años) o toma actualmente 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: _____

SÓLO PARA MUJERES:

¿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: _____

Sólo para menores:

¿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

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

Si la respuesta es Sí, especifique: _____

CONDICIONES MÉDICAS:

¿Tiene el paciente o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, problemas o síntomas?

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: _____

Historial dental

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

INFORMACIÓN DEL DENTISTA PRIMARIO

Nombre del consultorio: _____ Número de teléfono: _____

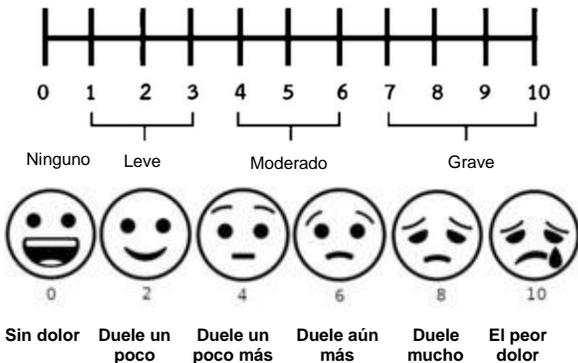
Nombre del dentista: _____

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 prótesis o prótesis parcial?
 Sí NO

Si la respuesta es Sí, especifique: _____

¿Le han hecho al paciente un tratamiento de conducto?

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) (Especifique):

- Come snacks con frecuencia Dieta con alto contenido de carbohidratos

¿Tiene el niño una protección adecuada con 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, el dedo o usa chupetes?

- Dedo pulgar Dedo Chupete