

Evaluación de antecedentes médicos y dentales

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Altura (en pulgadas): _____ Peso (en libras): _____ Sexo: Masculino Femenino Intersexual Pronombres: _____

Identidad de género: Hombre Mujer No binario Género no conforme Género Fluido Transgénero Agénero Otro: _____

Orientación sexual: Heterosexual/Hétero Gay Lesbiana Bisexual Asexual Pansexual Queer Otro: _____ Me niego a responder

Antecedentes médicos

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades o problemas (tuberculosis activa, tos persistente, tos con sangre, ha estado expuesto a tuberculosis)? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL:

¿Se está sometiendo actualmente o se sometió durante el año pasado al tratamiento de un médico? Sí No
Si respondió afirmativamente, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de su médico.

¿Ha experimentado alguna enfermedad grave, operación compleja o ha sido hospitalizado(a) durante los últimos 5 años? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha recibido un trasplante de órganos? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Se ha sometido a una cirugía a corazón abierto? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha recibido un reemplazo ortopédico total de una articulación (por ejemplo, cadera, rodilla, codo, dedo)? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez ha recibido radioterapia o quimioterapia para tratar un crecimiento, un tumor u otra condición? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha tomado (durante los últimos 2 años) o toma actualmente esteroides (por ejemplo, cortisona)? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha tomado, toma actualmente o tiene planificado comenzar a tomar bisfosfonatos orales (Alendronato (Fosamax, Fosamax Plus D), Etidronato (Didronel), Ibandronato (Boniva), Risedronato (Actonel) o Tiludronato (Skelid))? Sí No

¿Ha tomado, está tomando o tiene planificado comenzar a tomar bisfosfonatos intravenosos (Clodronato (Bonfos), Pamidronato (Aredia) o Ácido zoledrónico (Reclast, Zometa))? Sí No

TABAQUISMO:

¿Fuma actualmente o fue fumador en el pasado (cigarrillos, tabaco en polvo, tabaco de mascar, bidis)? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

CONSUMO DE ALCOHOL:

¿Bebe alcohol? Sí No

EVALUACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS:

Ha sufrido alguna caída o casi se ha caído durante los últimos tres meses Sí No
¿Siente temor de caerse? Sí No
¿Tiene dificultades para caminar o desplazarse? Sí No
¿Utiliza algún dispositivo de asistencia, como un bastón, un andador, una silla de ruedas, muletas o una prótesis? Sí No
Si respondió que sí para alguna de las opciones anteriores, especifique: _____

CONSUMO DE DROGAS:

¿Consume fármacos con receta, drogas ilícitas u otras sustancias con fines recreativos? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

SOLO LAS MUJERES DEBEN RESPONDER:

¿Está embarazada? Sí No
¿Está amamantando? Sí No
¿Está tomando píldoras anticonceptivas, medicamentos para la fertilidad, medicamentos de reemplazo hormonal? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

ALERGIAS:

¿Padece alguna alergia (a medicamentos, alimentos, otro)? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

AFECCIONES MÉDICAS:

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades, problemas o síntomas?

- Problema cardíaco/de presión arterial Sí No
- Problema respiratorio/pulmonar (incluida la apnea del sueño) Sí No
- Diabetes/trastorno endocrino Sí No
- Trastorno renal/urinario Sí No
- Cáncer o tumores Sí No
- Problema neurológico/nervioso Sí No
- Trastorno psiquiátrico/mental Sí No
- Trastorno sanguíneo/hematológico Sí No
- Trastorno estomacal/intestinal/hepático Sí No
- Trastorno muscular/óseo/de tejidos conectivos Sí No
- Enfermedad infecciosa Sí No

Padece algún otro problema, enfermedad o afección que no haya sido mencionado en la lista Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

Antecedentes dentales

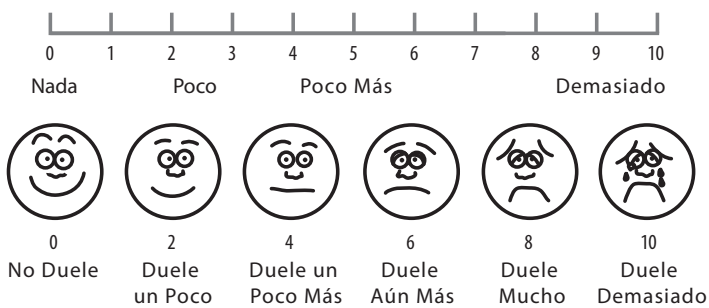
¿Cuál es el motivo de su visita de hoy a la consulta dental? _____

PROBLEMAS DENTALES (SEÑALES/SÍNTOMAS):

Actualmente, ¿experimenta dolor o molestias dentales? Sí No

Si respondió "Sí" a la pregunta anterior, marque en la escala el nivel de dolor que siente.

ESCALA DE MEDICIÓN DEL DOLOR



¿Padece sensibilidad dental a los alimentos/líquidos fríos, calientes, dulces o a la presión? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Experimenta problemas para comer (problemas para masticar, para tragar, vómitos, etc.)? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Tiene una hinchazón dentro o alrededor de la boca, la cara o el cuello? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Tiene dientes sueltos/flojos? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Padece dolores de cabeza, dolores de oídos o dolores de cuello? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Experimenta crujidos, chasquidos, molestias o restricción de apertura de la mandíbula? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Tiene llagas o úlceras en la boca? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o la boca? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

¿Está satisfecho(a) con su sonrisa o la apariencia de sus dientes? Sí No

HÁBITOS ORALES:

¿Aprieta los dientes, o rechina los dientes? Sí No
Si respondió que sí, especifique: _____

TRATAMIENTOS DENTALES ANTERIORES:

¿Ha visitado antes al dentista? Sí No

Si respondió afirmativamente, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono del dentista. _____

¿Posee antecedentes de terapia dental importante (implantes, procedimientos estéticos o cirugía ATM)? Sí No

Si respondió que sí, especifique: _____

¿Ha recibido algún tratamiento periodontal (para las encías)? Sí No

Si respondió que sí, especifique: _____

¿Posee puentes o usa dentadura postiza completa o parcial? Sí No

Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez se ha sometido a un tratamiento de conducto/endodoncia? Sí No

Si respondió que sí, especifique: _____

¿Alguna vez se ha sometido a un tratamiento de ortodoncia (frenos)? Sí No

¿Ha recibido anestesia local (Novocaína) para fines dentales? Sí No

¿Ha experimentado algún problema asociado a un tratamiento dental anterior? Sí No

Si respondió que sí, especifique: _____

PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DENTALES (HIGIENE ORAL/DIETA):

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia limpia sus dientes con hilo dental? _____

Cuando se cepilla los dientes o los limpia con hilo dental, ¿sus encías sangran? Sí No

MEDICAMENTOS:

¿Está tomando, ha tomado recientemente (durante el último mes) o debiera tomar algún medicamento (con receta, sin receta, suplemento alimenticio, vitaminas, medicamento natural o herbal)? Sí No

Si respondió que sí, especifique: _____
