

## PATIENT INFORMATION/DATOS DEL PACIENTE

Bienvenido a nuestra consulta. Agradecemos la confianza que depositó en nosotros para brindarle los servicios dentales. Para ayudarnos a prestarle servicios, llene el siguiente formulario. La información proporcionada en este formulario es importante para su salud dental. Si se han producido cambios en su salud, infórmenoslo. Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla.

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

Edad: \_\_\_\_\_ Dirección particular: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Dirección de facturación (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ N° de licencia de conducir: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Empleador/Ocupación: \_\_\_\_\_

Tel. del trabajo: \_\_\_\_\_ Nombre y N° de teléfono del cónyuge: \_\_\_\_\_

N° de teléfono de emergencia (si es distinto al del cónyuge): \_\_\_\_\_ Seguro dental primario: \_\_\_\_\_

N° del grupo: \_\_\_\_\_ Seguro dental primario: \_\_\_\_\_ N° del grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta al médico: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta al dentista: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE SALUD DENTAL

	Si	No		Si	No
¿Tiene temor al tratamiento dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alimentos o líquidos fríos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha padecido de problemas con algún tratamiento dental anterior?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cosas agrias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se atraganta con facilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cosas dulces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa prótesis dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Toma vitaminas con flúor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le atrapa comida entre los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Está insatisfecho con el aspecto de sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece de dificultad al masticar la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Prefiere conservar sus dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Mastica con un solo lado de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desea atención dental completa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Evita cepillarse alguna parte de la boca debido a dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia se cepilla? _____		
¿Le sangran con facilidad las encías?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia usa seda dental? _____		
¿Le sangran las encías cuando usa seda dental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hace ruido su mandíbula de tal modo que le molesta a usted o a los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente las encías inflamadas o sensibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Aprieta o rechina las mandíbulas con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha notado alguna vez heridas de cicatrización lenta en o cerca de la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Algunas veces siente que tiene cansadas las mandíbulas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene los dientes sensibles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se le traba la mandíbula de modo que no puede abrirla libremente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente punzadas de dolor cuando sus dientes tocan:			¿Le duele cuando mastica o abre bien la boca para dar una mordida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alimentos o líquidos calientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Padece dolores de oído o dolor en la parte frontal de las orejas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
¿Padece algún síntoma en las mandíbulas o dolores de cabeza al despertar en la mañana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El dolor o molestia de mandíbula afecta su apetito, sueño, rutina diaria u otras actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Considera el dolor o molestias de mandíbula extremadamente frustrantes o deprimentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Toma medicamentos o pastillas para el dolor o molestias (analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
¿Padece un trastorno temporomandibular (mandíbula) (TMD, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece dolor en el rostro, mejillas, mandíbulas, articulaciones, garganta o sienes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿No puede abrir la boca tanto como lo desea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Padece molestias al morder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sufrido un golpe en la mandíbula (traumatismo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ANTECEDENTES MÉDICOS DE SALUD**  
**¿Padece o ha padecido algo de lo siguiente?**

	Si	No
<b>Problemas cardíacos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dólar torácico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiración dificultosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en las válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis valvular cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas sanguíneos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equimosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia nasal frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemopatía (anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez necesitó una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas de alergia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinitis alérgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas sinusales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toma medicamentos para alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas intestinales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adelgazamiento o engordamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta específica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarrea o estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas renales y de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas óseos o de las articulaciones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de espalda o cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reemplazo de articulaciones (es decir, cadera completa, pernos o implantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No
Desmayos, convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza frecuentes o agudos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente o glándulas inflamadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medicamentos anteriores indicados por un médico</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer o tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orina más de 6 veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sed o boca seca la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes familiares de diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis u otras enfermedades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consumo alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿cuánto?	<hr/>	
¿Fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿cuánto?	<hr/>	
Hepatitis, ictericia o hepatopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes u otras enfermedades de transmisión (ETS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infectado por el VIH o sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Antecedentes de lesiones en la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Epilepsia u otras enfermedades neurológicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Antecedentes de alcoholismo o drogadicción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Padece alguna enfermedad, afección o problema no mencionado anteriormente que usted considera debemos saber?

Si la respuesta es sí, descríballo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿Es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a algo de lo siguiente?

	Si	No
Anestésicos locales (“porcaína”)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina, paracetamol o ibuprofeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína, demerol u otros opioides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reacción a los metales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Látex o protector de goma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

Durante los dos últimos meses, ¿ha tenido algo de lo siguiente?

	Si	No
Antibióticos o sulfamidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulantes (por ej., cumadina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos para la hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilizantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulina, Orinase u otro medicamento similar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitálicos u otros medicamentos para la cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nitroglicerina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortisona (esteroides)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remedios naturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos o vitaminas de venta Sin receta médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____		

**Mujeres**

	Si	No
¿Toma anticonceptivos u otras hormonas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, indique la fecha prevista de parto: _____		
¿Está amamantando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ya llegó a la menopausia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí, ¿tiene algún síntoma?		

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o padres

\_\_\_\_\_  
Inicial del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha