



# Historial médico y dental de adultos

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

Contacto de emergencia (nombre / número de teléfono) \_\_\_\_\_

## Historial médico

1. Médico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo fue su último examen físico? \_\_\_\_\_

3. ¿Está bajo el cuidado de un médico?.....  Sí  No

Si es así, ¿por qué razón (es)? \_\_\_\_\_

4. ¿Está tomando actualmente algún medicamento / droga / píldora / herbario / suplemento?.....  Sí  No

Si es así, indique: \_\_\_\_\_

5. (Mujeres) ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada?.....  Sí  No

Si es así, ¿fecha prevista de parto? \_\_\_\_\_

6. ¿Toma anticonceptivos orales?.....  Sí  No

7. ¿Es alérgico / sensible a:  Ninguno  Codeína  Penicilina  Anestesia local  Látex

Piñones  Tintes  Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Fuma, mastica tabaco o usa cigarrillos electrónicos?.....  Sí  No

Si es así, indique cuál (es), frecuencia diaria y durante cuánto tiempo. \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene diabetes?.....  Sí  No

Si es así, indique:  Tipo 1  Tipo 2 Última fecha y nivel de HbA1c: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene o ha tenido alguna vez:

Presión arterial anormal.....  Sí  No

Anemia.....  Sí  No

Artritis .....  Sí  No

Válvula / stent / injerto cardíaco artificial  Sí  No

Reemplazos de articulaciones artificiales  Sí  No

Asma.....  Sí  No

Trastornos del espectro autista (TEA)...  Sí  No

Cáncer .....  Sí  No

Dependencia química .....  Sí  No

Quimioterapia / radiación.....  Sí  No

Defectos cardíacos congénitos.....  Sí  No

Tratamiento con corticosteroides.....  Sí  No

Epilepsia / convulsiones.....  Sí  No

Sangrado excesivo o prolongado.....  Sí  No

Desmayos.....  Sí  No

Glaucoma.....  Sí  No

Discapacitados auditivos .....  Sí  No

Soplo cardíaco .....  Sí  No

Marcapasos cardíaco .....  Sí  No

Cirugía cardíaca .....  Sí  No

Problemas cardíacos.....  Sí  No

Hepatitis (Tipo \_\_) .....  Sí  No

VIH positivo / SIDA.....  Sí  No

Ictericia .....  Sí  No

Problemas de riñón / diálisis.....  Sí  No

Leucemia .....  Sí  No

Lesiones herpéticas bucales.....  Sí  No

Osteoporosis / tratamiento con bisfosfonatos  Sí  No

Atención psiquiátrica .....  Sí  No

Fiebre reumática.....  Sí  No

Enfermedad de transmisión sexual.....  Sí  No

Problemas de los senos nasales.....  Sí  No

Carrera .....  Sí  No

Problema de tiroides.....  Sí  No

Tuberculosis o enfermedad pulmonar...  Sí  No

Úlceras / ERGE.....  Sí  No

11. ¿Toma premedicación para algo?.....  Sí  No

Si te premedicas, ¿para qué? \_\_\_\_\_

12. ¿Ha tenido alguna otra enfermedad grave, hospitalización o accidente?.....  Sí  No

Si es así, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_



# Historial médico y dental de adultos

## Historia Dental

1. Ex dentista \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a un dentista? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue su última limpieza? \_\_\_\_\_  
¿Se tomaron radiografías?.....  Sí  No  
Si es así,  Serie de boca completa  Alas de mordisco  Panorámico  
¿Qué se hizo en su última visita? \_\_\_\_\_  
¿Por qué dejaste a ese dentista? \_\_\_\_\_  
¿Te han recomendado algún tratamiento dental que no te hayas hecho? \_\_\_\_\_
3. ¿Conoce algún problema dental .....  Sí  No  
Si es así, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_
4. Califique el estado actual de su boca: *Deficiente* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Excelente*
5. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la enfermedad de las encías?.....  Sí  No  
Si es así, ¿qué se hizo? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene agua de pozo?.....  Sí  No
7. ¿Su agua está fluorada?.....  Sí  No
8. ¿Sus dientes son sensibles a:  Nada  Dulce  Frío  Calor  Presión
9. Califique la apariencia de su sonrisa: *Deficiente* 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 *Excelente*
  10. ¿Le gustaría una sonrisa más blanca? .....  Sí  No
  11. ¿Le gustaría tener dientes más rectos?.....  Sí  No
  12. ¿Le han enderezado los dientes / ha utilizado frenos?.....  Sí  No
  13. ¿Le preocupa el mal aliento (mal olor)?.....  Sí  No
14. ¿Le preocupan los ronquidos o la apnea del sueño? .....  Sí  No
15. ¿Le preocupa rechinar o apretar los dientes (bruxismo)?.....  Sí  No
16. ¿Usa un protector de mordida? .....  Sí  No
17. ¿Conoce los posibles problemas de la ATM? (¿La articulación de la mandíbula hace ruido, se traba o produce dolor?)  Sí  No
18. ¿Está interesado en ser dormido o sedación durante odontología? .....  Sí  No
19. ¿Hay algo más que sea valioso que su dentista sepa para brindarle la mejor atención? \_\_\_\_\_

- Autorizo al dentista a realizar los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento que sean necesarios para el cuidado dental adecuado.
- Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo), consejos y tratamiento a otro dentista.
- He informado con precisión a mi proveedor de atención dental sobre mi estado de salud actual y sobre cualquier suplemento dietético o herbal medicamentos y / o drogas (incluso recreativas y de venta libre) que estoy tomando o he tomado en la última semana.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Padre/Tutor)

Firma del dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_