

Formulario de Historial Médico del Paciente

Aunque los profesionales dentales se centran principalmente en la zona de la boca y sus alrededores, es fundamental recordar que la salud bucal está conectada con el bienestar general. Las condiciones médicas que tenga o los medicamentos que tome pueden influir en el tratamiento dental que reciba. Le agradecemos que dedique unos minutos a responder las siguientes preguntas.

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre preferido: _____

Persona de contacto en caso de emergencia, relación y teléfono: _____

¿Cuáles son tus pronombres preferidos?

Él

Elle/Elle/Suyo

Ella/Ella/Suyo

Otro/a: _____

HISTORIAL MÉDICO:

1. ¿Actualmente está siendo atendido/a por un médico?

Sí - Nombre del médico: _____

No

2. ¿Toma algún medicamento o complemento, ya sea recetado o de venta libre?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, indique cuáles son y para qué los toma: _____

3. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o se ha sometido a una operación importante?

Sí

No

Si la respuesta es afirmativa, ¿por qué y cuándo? _____

4. ¿Alguna vez ha sufrido una lesión grave en la cabeza o el cuello?

Sí

No

Si la respuesta es sí, ¿qué ocurrió y cuándo? _____

5. ¿Presenta alguna dificultad física o psicológica que debamos tener en cuenta?

Sí

No

Si es así, ¿cómo podemos adaptarnos? _____

6. ¿Está tomando algún anticoagulante o medicación para evitar coágulos?

Sí

No

Si la respuesta es sí, ¿cuál y cuándo fue su valor de INR más reciente? _____

7. ¿Ha tomado alguna vez, o tiene previsto tomar, algún medicamento bifosfonato oral o intravenoso, como Fosomax, Boniva, Actonel, Zometa, Aredia, Didronel, etc., u otros fármacos para fortalecer los huesos como parte del tratamiento para osteoporosis, enfermedad de Paget u otra patología ósea?

Sí - En caso afirmativo, ¿cuál? _____

No

8. ¿Utiliza nicotina?

Sí - ¿En qué formato y con qué frecuencia? _____

No

9. ¿Ha consumido nicotina anteriormente?

Sí - ¿Qué tipo y cuándo lo dejaste? _____

No

10. ¿Consumes marihuana o THC?

Sí - ¿En qué formato y con qué frecuencia? _____

No

11. ¿Utilizas alguna otra sustancia controlada?

Sí - ¿Cuál y con qué frecuencia? _____

No

12. ¿Consumes alcohol a diario?

Sí - ¿Cuál y cuántas al día? _____

No

13. ¿Sigue algún tipo de dieta especial?

- Sí - ¿Qué tipo de dieta sigue? _____
 No

14. ¿Ha recibido algún trasplante de órgano o de médula ósea/células madre?

- Sí
 No

Si la respuesta es sí, ¿cuál recibió y cuándo? _____

15. Si existe la posibilidad de que pueda quedarse embarazada, ¿se encuentra...

- Embarazada/intenta quedarse embarazada En período de lactancia Tomando anticonceptivos orales

Si está embarazada, ¿de cuántas semanas y para cuándo está previsto el parto? _____

16. ¿Es alérgico/a a alguno de los siguientes?

- No presenta alergias Anestésicos locales Alergias estacionales
 Penicilina Metales Yodo/marisco
 Codeína Látex Sulfato de lauril sódico
 Medicamentos con sulfa Aspirina Adhesivo
 Otra _____

17. ¿Alguna vez ha sufrido una reacción anafiláctica o ha necesitado usar un autoinyector de adrenalina?

- Sí
 No

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas? Marque todas las opciones que correspondan.

18. Enfermedades infecciosas crónicas

VIH/SIDA positivo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hepatitis C	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Herpes labial / VPH oral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tuberculosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Neumonía	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hepatitis B	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	MRSA o VRSA	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

19. Salud Cardíaca y Circulatoria

Angina/dolor en el pecho	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Válvula cardíaca dañada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Colesterol alto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Presión arterial alta	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Infarto de miocardio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Marcapasos/dispositivo implantado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Bypass coronario (CABG) u otra cirugía cardíaca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad coronaria/arterioesclerosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cardiopatía congénita (reparada o no reparada)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fiebre reumática/enfermedad cardíaca reumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Arritmia/latido irregular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Taquicardia (latido acelerado del corazón)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hinchazón en las extremidades	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Antecedentes de endocarditis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Accidente cerebrovascular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otra afección cardíaca o circulatoria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Válvula cardíaca artificial (protésica)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Presión arterial baja	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Endarterectomía carotídea o colocación de stent reciente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ataque isquémico transitorio (AIT)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Fibrilación auricular (FA)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

20. Salud Respiratoria

Asma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tos con sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tos persistente o frecuente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
EPOC	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Apnea del sueño	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dificultad para respirar / Fatiga fácil	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Infección respiratoria reciente (covid, gripe, resfriado o VRS)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Bronquitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dependencia de oxígeno	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otro problema respiratorio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

21. Salud Renal y Genitourinaria

Enfermedad renal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Insuficiencia renal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Micción frecuente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	ITS/ETS	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cálculos biliares o renales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otra afección renal o genitourinaria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

22. Salud de la cabeza, cuello y sistema musculoesquelético

Reemplazo articular ortopédico (rodilla, cadera, hombro, etc.)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Glaucoma	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Degeneración macular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Amigdalitis	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dolor o cuidado cervical superior/cuello	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dificultad auditiva, visual o del habla	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otra afección de cabeza, cuello o musculoesquelética	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Problemas de los senos nasales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

23. Salud hormonal

Diabetes tipo I	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Diabetes tipo 2	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hipoglucemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hipertiroidismo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad suprarrenal como el síndrome de Cushing	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de Graves o de Hashimoto	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Hipotiroidismo	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Terapia de reemplazo hormonal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otras deficiencias o excesos hormonales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Atención de afirmación de género/terapia hormonal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Diabetes gestacional	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Síndrome metabólico	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otra condición relacionada con las hormonas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

24. Salud neurológica

Episodios de desmayos o mareos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Epilepsia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Parkinson	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Temblor	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Demencia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Convulsión cerebral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	TDAH/TDA	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Síndrome de Tourette	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Parálisis cerebral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otro trastorno del sistema nervioso	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Lesión cerebral traumática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Crisis epilépticas o convulsiones	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Trastorno del espectro autista	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolores de cabeza frecuentes o migrañas	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Discapacidad del desarrollo o intelectual	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

25. Salud autoinmune

Enfermedad de Crohn	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Colitis ulcerosa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Síndrome de Ehler-Danlos	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Esclerosis múltiple	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Síndrome de fatiga crónica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Artritis reumatoide u otra artritis inflamatoria	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Síndrome de Cushing	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Antecedentes de tratamiento con cortisona	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Deficiencia inmunológica o inmunodepresión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	POTS (síndrome de taquicardia ortostática postural)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otro trastorno autoinmune	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de Addison	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Lupus	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Urticaria o erupción cutánea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Síndrome de Sjögren	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Fibromialgia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

26. Salud mental

Ansiedad generalizada	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Depresión clínica	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<small>TEPT (trastorno de estrés posttraumático)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

¿Está recibiendo tratamiento actualmente por alguna condición de salud mental?

- Sí: _____
- No

¿Tiene o ha tenido tratamiento previo por dependencia de sustancias?

- Sí
- No

27. Salud y condiciones de la sangre

Anemia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Transfusión de sangre	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Anemia falciforme	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Otra afección sanguínea	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo o prolongado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<small>Tendencia a formar hematomas fácilmente</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

28. Salud del estómago, hígado e intestinos

Úlcera de estómago	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Reflujo ácido/ERGE	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Vómitos frecuentes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Desnutrición	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cirrosis hepática	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ictericia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Síndrome de intestino irritable	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Otra enfermedad hepática, gástrica o intestinal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Acidez estomacal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Enfermedad de las vías biliares	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Trastorno alimenticio	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

29. Cáncer

Cáncer	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tratamiento de quimioterapia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tratamiento con radiación	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Tumor o crecimiento no canceroso	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Si ha tenido cáncer, por favor indique el tipo, la fecha de diagnóstico y de tratamiento:

ANTECEDENTES DENTALES:

30. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Marque todos los que correspondan.

Sangrado de encías	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Sensibilidad al calor, frío, dulces o presión	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tratamiento periodontal (de encías) como raspado y alisado radicular o limpieza profunda	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Ha requerido anestesia para la limpieza dental en el pasado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Férula de descarga para bruxismo o rechinar los dientes	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dispositivo de avance mandibular para ronquidos o apnea del sueño	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Implantes dentales	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Cirugía oral	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Injerto de encía u otra cirugía periodontal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Dificultad al masticar	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dolor en la articulación de la mandíbula	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Boca seca	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dificultad para abrir la boca ampliamente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Antecedentes de bloqueo mandibular, abierto o cerrado	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

42. ¿Alguna vez has sufrido una lesión grave en la cara, los dientes o la mandíbula?

- Sí
- No

43. ¿Se han realizado alguna cirugía o procedimiento en la boca o los labios, como rellenos de labios o mejillas, o botox?

- Sí
- No

44. ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? _____

45. ¿Con qué frecuencia usas hilo dental? _____

46. ¿Utilizas pasta dental con flúor o suplementos de flúor? _____

47. Indica cualquier inquietud que tengas respecto a tu salud dental: _____

A mi leal saber y entender, he respondido de manera precisa a las preguntas de este formulario. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede resultar perjudicial para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la clínica dental sobre cualquier cambio en mi estado médico.

FIRMA

FECHA