

HISTORIA DENTAL Y MEDICA DENTAL AVENU

**ES USTED ALERGICO/A O HA TENIDO ALGUNA REACCION ALERGICA A ALGUN ALIMENTO O MEDICINA
SI NO
A QUE? _____**

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL

Son sus dientes sensitivos? SI NO Si la respuesta es SI a que? Calor ___ Frio ___ Dulces ___
 Se le acumula alimento entre sus dientes? _____ Le sangran sus encias cuando se cepilla? _____
 Ha notado inflamacion de sus encias alrededor de sus piezas dentales? _____ Fuma? _____
 Tiene movilidad en sus piezas dentales? _____ Esta usted satisfecho con sus dientes y su apariencia? _____
 Cuando fue su ultima visita al dentista? _____ Por que se marcho de su ultimo dentista? _____

1- Le gustaria a usted cambiar algo en su sonrisa . SI NO

I. MARQUE CON UN CIRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (deje en blanco si no entiende la pregunta)

1. SI NO Esta en buena salud general?
2. SI NO Han habido cambios en su salud durante el ultimo año?
3. SI NO Ha estado hospitalizad@ o ha tenido una enfermedad grave en los ultimos tres años?
Si, por que?

4. SI NO Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico? Para que?

 Fecha de su ultimo examen medico: _____ Nombre del doctor: _____

5. SI NO Ha tenido problemas con algn tratamiento dental en el pasado?
6. SI NO Tiene algun dolor ahora?

II. HA NOTADO

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------|
| 7. | SI | NO | Dolor de pecho (angina) | 18. | SI | NO | Mareos |
| 8. | SI | NO | los tobillos hinchados | 19. | SI | NO | Ruidos o zumbidos |
| | | | en los oidos | | | | |
| 9. | SI | NO | Falta de aliento | 20. | SI | NO | Dolores de cabeza |
| 10. | SI | NO | Reciente perdida de peso, fiebre, sudor en la noche | 21. | SI | NO | Desmayos |
| 11. | SI | NO | Tos persistente o tos con sangre | 22. | SI | NO | Vista borrosa |
| 12. | SI | NO | Problemas de sangramiento, moretes | 23. | SI | NO | Convulsiones |
| 13. | SI | NO | Problemas nasals (sinusitis) | 24. | SI | NO | Sed excesiva |
| 14. | SI | NO | Dificultad al tragar | 25. | SI | NO | Orina con |
| | | | frecuencia | | | | |
| 15. | SI | NO | Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces | 26. | SI | NO | Boca seca |
| 16. | SI | NO | Vomitos con frecuencia, nauseas | 27. | SI | NO | Ictericia |
| 17. | SI | NO | Dificultad al orinar, sangre en la orina? | 28. | SI | NO | Dolor o rigidez en |
| | | | las articulaciones | | | | |

III. TIENE O HA TENIDO

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|-----------------|
| 29. | SI | NO | Enfermedades del Corazon | 40. | SI | NO | SIDA |
| 30. | SI | NO | Infarto de Corazon, defectos en el Corazon | 41. | SI | NO | Tumores, cancer |
| 31. | SI | NO | Soplos en el Corazon | 42. | SI | NO | Artritis, reuma |
| 32. | SI | NO | Fiebre reumatica | 43. | SI | NO | Enfermedades de |
| | | | los ojos | | | | |
| 33. | SI | NO | Apoplejia, endurecimiento de las arterias | 44. | SI | NO | Enfermedades de |
| | | | la piel | | | | |
| 34. | SI | NO | Presion sanguinea alta | 45. | SI | NO | Anemia |
| 35. | SI | NO | Asma, tuberculosis, enfisema, otras | 46. | SI | NO | Enfermedades |
| | | | venereas (sifilis o | | | | |
| | | | enfermedades pulmonares | | | | |
| | | | gonorrhea | | | | |
| 36. | SI | NO | Hepatitis, otras enfermedades del higado | 47. | SI | NO | Herpes |

- | | | | | | |
|--|----|---|--------|----|--------------------|
| 37. SI | NO | Problemas del estomago, ulceras | 48. SI | NO | Enfermedades |
| renales (riñon), vejiga | | | | | |
| 38. SI | NO | Alergias a remedios, comidas, medicamentos latex | 49. SI | NO | Enfermedades de |
| tiroides o glandulas | | | | | |
| 50. SI | NO | Diabetes | | | |
| suprarrenales? | | | | | |
| IV. TIENE O HA TENIDO | | | | | |
| 51. SI | NO | Tratamiento psiquiatrico | 56. SI | NO | Hospitaliaciones |
| 52. SI | NO | Tratamiento de radiacion | 57. SI | NO | Transfusions de |
| sangre | | | | | |
| 53. SI | NO | Quimioterapia | 58. SI | NO | Cirugias |
| 54. SI | NO | Valvula artificial del Corazon | 59. SI | NO | Marcapasos |
| 55. SI | NO | Articulacion artificial | 60. SI | NO | Lentes de contacto |
| V. ESTA TOMANDO | | | | | |
| 61. SI | NO | Drogas de uso recreativo | 63. SI | NO | Tabaco de |
| cualquier tipo | | | | | |
| 62. SI | NO | Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta (incluyendo aspirinia) | | | |
| Liste por favor: _____ | | | 64. SI | NO | Alcohol (bebidas |
| alcoholicas) | | | | | |
| VI. SOLO PARA MUJERES | | | | | |
| 65. SI | NO | Esta o podria estar embarazada o dando pecho | 66. SI | NO | Esta tomando |
| pastillas anticonceptivas | | | | | |
| VII. PARA TODOS LOS PACIENTES | | | | | |
| 67. SI | NO | Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema medico que NO esta en este cuestionario | | | |
| Si la respuesta es afirmativa, explique: | | | | | |

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las pregunta. Informare a mi dentista si hay algun cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo.

Fecha:

Firma del paciente: