

FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DENTAL

Nombre del paciente: _____ Clínica médica: _____
 N.º de ID. del paciente: _____ Médico: _____
 Alergia a: _____ ¿Necesita premedicación? Sí No
 Látex: Sí No
 Medicamentos _____ Motivo: _____
 Otro _____ Tipo: _____ Dosis: _____

Medicamentos que toma actualmente (recetados, de venta libre y de hierbas)

MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA	MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

AFECCIONES MÉDICAS ACTUALES Y ANTERIORES (marque todas las que correspondan)

Sí	Sí
8. ¿Está en tratamiento con un médico?	34 Asma
Detalles:	35 Apnea del sueño
9 Hospitalizaciones o cirugías en los últimos 5 años	36 Tuberculosis
Detalles:	37 Problemas de sinusitis
10 Lesiones en la cabeza, el cuello o la boca	38 Cáncer
11 Embarazo	39 Radioterapia en la cabeza o el cuello
12 Amamantamiento	40 Quimioterapia
13 Anticonceptivos orales	41 Enfermedad renal
14 Trastorno o enfermedad cardíaca	42 Diálisis
15 Fiebre reumática	43 Trastorno de la alimentación
16 Tomó Fen-phen (fenfluramina/fentermina) en el pasado	44 Estómago: reflujo, úlcera
17 Soplo cardíaco	45 Enfermedad inmunitaria
18 Prolapso de válvula mitral	46 Síndrome de Sjögren
19 Cirugía cardíaca	47 Fibromialgia
20 Válvulas cardíacas artificiales	48 Otra enfermedad autoinmunitaria (lupus, pénfigo)
21 Marcapasos	49 Artritis u otro trastorno articular
22 Desfibrilador implantado	50 Diabetes Tipo: ¿Está controlada? S N
23 Articulaciones artificiales	51 Dolores de cabeza
24 Antecedentes de trasplante de órganos	52 Depresión: ¿Recibió el diagnóstico?
25 Hipertensión TA: /	53 Otros trastornos psiquiátricos
26 Accidente cerebrovascular	54 Enfermedad neurológica
27 Problema de sangrado	55 Convulsiones
28 Hemofilia	56 Epilepsia/convulsiones
29 Anemia	57 Parálisis cerebral
30 Leucemia	58 Mareos/desmayos
31 Enfermedad pulmonar	59 Enfermedades venéreas
32 Enfisema	60 VIH positivo/SIDA
33 Dificultad para respirar	61 Dependencia de alcohol o de sustancias químicas
	62 Hepatitis
	63 Enfermedad tiroidea
	64 Glaucoma

TABACO

Sí

65. ¿Consume tabaco?	
Tipo: Cantidad:	
Cantidad de años:	
Tipo: Cantidad:	
66. ¿Cuánto tiempo después de levantarse comienza a usar tabaco?	
<30 minutos >30 minutos	
67. ¿Intentó dejar de fumar?	
Cantidad de intentos:	
Período más largo sin fumar:	
Métodos que utilizó:	
68. ¿Desea dejar el tabaco?	
69. ¿Es ex consumidor de tabaco?	
Tipo:	
Cantidad:	
Año en que dejó el tabaco:	

INFORMACIÓN DENTAL

70 Dentista anterior:	
71 Última consulta con el dentista:	
72 Última limpieza dental:	
73 Frecuencia de exámenes dentales:	
74 ¿Qué lo llevó a realizar esta consulta al dentista?	
75 Frecuencia del cepillado:	
76 Frecuencia de uso del hilo dental:	
77 Alimentos que suele comer entre comidas	
78 Tipo de bebidas que suele tomar entre comidas	
79 ¿Con qué frecuencia mastica o chupa caramelos duros o pastillas?	
80 ¿Usa dentífrico con flúor?	Sí
81 Fuente principal de agua potable (encierre en un círculo)	
Agua de suministro municipal filtrada	
Agua embotellada Agua de pozo	

TRATAMIENTO DENTAL PREVIO:

Sí

82 ¿Ha tenido una o más caries en los últimos tres años?	
83 Antecedentes familiares de caries profundas	
84 Antecedentes de caries en la madre (si es un niño/a)	
85 Tratamiento por enfermedad periodontal (de las encías)	
86 Antecedentes familiares de enfermedad periodontal	
87 Ortodoncia (aparatos)	
88 ¿Tuvo cirugía bucal?	
89 ¿Ha tenido implantes dentales?	
90 Tratamiento por trastornos temporomandibulares	
91 ¿Usa dentadura postiza o prótesis parcial?	

¿TUVO PROBLEMAS CONTINUOS CON LO SIGUIENTE?

92 Sequedad en la boca/sed excesiva	
93 Sensibilidad en los dientes al calor, al frío, a la presión, a los dulces	
94 Olor/mal sabor en la boca	
95 Lesiones bucales/herpes labial/ampollas	
96 ¿Nota algún bulto o hinchazón?	
97 ¿Tiene dolor o sangrado en las encías?	
98 ¿Tiene algún diente flojo?	
99 ¿Tiene dificultad para masticar?	
100 ¿Quedan restos de comida entre los dientes?	
101 ¿Los dientes/empastes se rompen con frecuencia?	
102 ¿Hábito de apretar la mandíbula o rechinar los dientes?	
103 ¿Escucha chasquidos, chirridos o crujidos?	
104 ¿Tiene dolor en la mandíbula?	
105 ¿Se siente nervioso durante los procedimientos dentales?	

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Solo para uso interno

Declaración del proveedor dental:

He revisado los antecedentes sociales, médicos y dentales con el paciente y cuento con la información completa y precisa para proveer un diagnóstico clínico y recomendar opciones de tratamiento adecuadas.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____