

# CENTRO ODONTOLÓGICO

\_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de nacimiento*

\_\_\_\_\_  
*HRN*

*Identidad de Género*     M  Transgénero M  
    F  Transgénero F

## Antecedentes odontológicos

Aclaración: Los datos son confidenciales y serán revisados por el proveedor de servicios médicos. Los datos serán utilizados para actualizar su historia clínica.

### Estado de salud general - Marque SÍ o NO.

**Sí No**

¿Se encuentra en buen estado de salud? Si respondió NO, explique \_\_\_\_\_

¿Notó algún cambio en su estado de salud en el último año? Si respondió SÍ, explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
  ¿Estuvo en un hospital o en la sala de urgencias, o padeció alguna enfermedad grave en los últimos tres años? Si respondió SÍ, explique \_\_\_\_\_

¿Cuenta con algún proveedor de servicios médicos actualmente?

Proveedor \_\_\_\_\_ Fecha del último reconocimiento médico \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna vez problemas con tratamientos odontológicos?

¿Está dolorido actualmente? Fecha del último reconocimiento odontológico \_\_\_\_\_

Fecha de la última consulta para limpieza/higiene bucal \_\_\_\_\_ Fecha de la última radiografía dental \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para levantarse de una silla?

Marque los alimentos que suele consumir a diario: Grasas Fibras Cafeína Sal Azúcar Agua/Líquidos

### MEDICAMENTOS - Indique los medicamentos que toma y las dosis, ya sean recetados o de venta libre.

Ninguno

Medicamento

Dosis

Medicamento

Dosis

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ALERGIAS - ¿Es alérgico o ha sufrido alguna reacción alérgica a alguno de los siguientes productos? Marque todos los que correspondan.**

- Alimentos (por ejemplo mariscos, nueces, etc.) Si respondió Sí, ¿a cuáles? \_\_\_\_\_
- Medicamentos (como antibióticos o analgésicos) Si respondió Sí, ¿a cuál? \_\_\_\_\_
- Látex     Metales     Animales
- Anestesia local u óxido de dinitrógeno
- ¿Tiene alguna otra alergia que quiera contarnos? Si respondió Sí, ¿a qué? \_\_\_\_\_

**PADECIÓ:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor u opresión en el pecho</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Inflamación de tobillos</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente, fiebre, sudor nocturno</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos constante, tos con sangre</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemorragias, moretones</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de los senos paranasales</li> </ul> | <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diarrea, constipación, heces con sangre</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vómitos frecuentes, náuseas</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disuria, orina con sangre</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mareos</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Síncopes</li> </ul> | <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vista borrosa</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Convulsiones</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Polidipsia</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Micción frecuente</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sequedad de boca</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ictericia</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artralgia, rigidez articular</li> </ul> |
|--|---|--|

**TIENE O TUVO:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatías</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio, enfermedad cardíaca</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antecedentes de soplos cardíacos</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular, arteriosclerosis</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma bronquial, tuberculosis, enfisema, neumopatía</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor de estómago, úlceras</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radioterapia</li> </ul> | <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis valvular</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis, otras enfermedades hepáticas</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de diabetes, problemas cardíacos, tumores</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDA/VIH</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Infecciones sexuales (herpes, sífilis, gonorrea)</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prótesis articular</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalización</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre</li> </ul> | <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cirugías</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumores, cáncer</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedades oculares</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dermatitis</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia/problemas en sangre</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal o cistitis</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo, o trastorno de la glándula suprarrenal</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos</li> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lentes de contacto</li> </ul> |
|---|--|--|

¿Tiene o tuvo alguna otra enfermedad o problema médico que no esté en la lista? Si corresponde, detalle cuál/cuáles: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA MUJERES**

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Está o podría estar embarazada o en lactancia?</li> </ul> | <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ingiere anticonceptivos actualmente?</li> </ul> |
|---|---|
- CONSUME:
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Drogas</li> </ul> | <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cualquier tipo de tabaco</li> </ul> | <p><b>Sí No</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Más de 2 bebidas alcohólicas por día?</li> </ul> |
|--|--|---|

**La información que precede es correcta a mi leal saber y entender..**

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Provider Name:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_ **Review Date:** \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_\_ HRN \_\_\_\_\_