

FECHA: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL

N.º DE REGISTRO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ APELLIDO _____ NOMBRE _____ FECHA DE NAC.: _____ EDAD: _____

Razón de la visita/Problema principal Control Limpieza Dolor de muelas Otro _____

HISTORIA CLÍNICA DENTAL

- ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? _____
- ¿Cuándo se tomaron las radiografías dentales? _____
- ¿Cuándo fue tu última limpieza dental? _____
- ¿Ha tenido tratamiento de las encías o periodontal? _____
- ¿Le sangran fácilmente las encías? SÍ NO
- ¿Siente que tiene mal aliento? SÍ NO
- ¿Tienes dificultad para usar hilo dental? SÍ NO
- ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío? SÍ NO
- ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clicks", sensación de destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula? SÍ NO

AUTOEVALUACIÓN DE LA SONRISA

- ¿Le agrada su sonrisa? SÍ NO
- ¿Se siente cohibido cuando sonríe o muestra los dientes? SÍ NO
- ¿Estás contento con el color de tus dientes? SÍ NO
- ¿Son sus encías de aspecto saludable? SÍ NO
- ¿Tiene dientes astillados, dientes torcidos o huecos en su sonrisa? SÍ NO
- ¿Está interesado en aprender cómo la odontología cosmética o la ortodoncia pueden mejorar su sonrisa? SÍ NO

HISTORIA CLÍNICA

- ¿Está recibiendo atención médica en este momento? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
Nombre del médico: _____ Tel. del médico: () _____
- ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? _____
- ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)? SÍ NO Si es sí, especifique: _____
- (Mujeres) ¿Está embarazada? SÍ NO Si es sí, especifique de cuántos meses: _____ ¿Está amamantando? SÍ NO
- ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: _____
- ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	HEPATITIS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
SIDA/VIH+	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANEMIA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ICTERICIA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ANGINAS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ARTRITIS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD RENAL	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ASMA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ALERGIA AL LÁTEX	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
TERAPIA CON BISFOSFONATOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS HEPÁTICOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
HEMORRAGIAS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PRESIÓN ARTERIAL BAJA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CÁNCER	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ENFERMEDAD PULMONAR	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
QUIMIO/RADIOTERAPIA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	MARCAPASOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
CIRUGÍA ESTÉTICA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DIABETES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	FIEBRE REUMÁTICA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
MAREOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROBLEMAS EN SENOS NASALES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ADICCIÓN A DROGAS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	LA APNEA DEL SUEÑO	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
ENFISEMA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TABAQUISMO	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
EPILEPSIA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	DERRAME CEREBRAL	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
DESMAYOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	PROB. DE TIROIDES	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
GLAUCOMA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN	_____
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TEMPOROMAXILAR	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____	TUBERCULOSIS	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____
		ENFERMEDAD VENÉREA	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> _____

He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.

Firma del paciente _____ Fecha _____
(Padre/madre si el paciente es menor de edad)

Firma del médico _____

ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
2. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____
3. Firma del paciente _____ Firma del médico _____ Fecha _____

