

NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE

Apellido _____
Nombre _____
Inicial _____
Fecha de nacimiento _____

1. Propósito de la visita _____
2. ¿Está usted consciente de algún problema? _____
3. ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su última visita al dentista? _____
4. ¿Qué tratamiento se realizó en ese momento? _____
5. Nombre del dentista anterior _____
 Dirección _____ Tel. () _____
6. ¿Cuándo le limpiaron los dientes en el consultorio por última vez? _____

COMENTARIOS

CIRCUNDE LA RESPUESTA APROPIADA

7. ¿Ha efectuado usted visitas regularmente? SI NO
 ¿Con qué frecuencia? _____
8. ¿Se tomaron radiografías dentales? SI NO
9. ¿Ha perdido usted o se le ha extraído algún diente? SI NO
 ¿Por qué? _____
10. ¿Han sido reemplazados? SI NO
11. ¿Cómo han sido reemplazados? SI NO
 - a. Puente fijo _____ Antigüedad _____
 - b. Puente retirable _____ Antigüedad _____
 - c. Dentadura postiza _____ Antigüedad _____
12. ¿Está usted satisfecho con el reemplazo? SI NO
 Si no es así, explique _____
13. ¿Desea usted información sobre reemplazos permanentes? SI NO
14. ¿Ha tenido usted alguna vez problemas o complicaciones con tratamientos dentales anteriores? SI NO
 Si es así, explique _____
15. ¿Suele usted morder en falso o apretar los dientes? SI NO
16. ¿Siente usted que su mandíbula hace ruido? SI NO
17. ¿Ha experimentado dolor o irritación en los músculos, en la cara o cerca del oído? SI NO
18. ¿Sufre usted frecuentemente de dolor de cabeza, cuello u hombros? SI NO
19. ¿Quedan partículas de comida retenidas entre sus dientes? SI NO
20. ¿Son sus dientes sensibles al calor _____ al frío _____ a los dulces _____ a la presión? _____
21. ¿Le duelen o sangran las encías? SI NO
 ¿Cuándo? _____
22. ¿Com que frecuencia se cepilla los dientes? _____ ¿Cuándo? _____
23. ¿Utiliza usted hilo dental? SI NO
 ¿Com que frecuencia? _____
24. ¿Tiene usted dientes flojos, torcidos o desplazados? SI NO
25. ¿Está usted satisfecho con el aspecto de sus dientes? ¿Tiene usted dientes descoloridos que le molesten? SI NO
26. ¿Cómo se siente acerca de sus dientes en general? _____
27. ¿Siente usted que a veces tiene mal aliento? SI NO
28. ¿Ha tenido usted un tratamiento u operación de encías? SI NO
 ¿Qué tipo? _____
 ¿Dónde? _____
 ¿Cuándo? _____
29. ¿Ha tenido usted tratamiento ortodóncico? SI NO
30. ¿Ha tenido usted experiencias odontológicas desagradables o hay algo que le desagrada de la odontología? _____
31. ¿Tiene usted preguntas o preocupaciones? SI NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____
 FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES DENTALES

NOMBRE Y APELLIDO
DEL PACIENTE _____

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

CIRCULE LA RESPUESTA APROPIADA

COMENTARIOS

1. Nombre del médico _____
Dirección _____
2. ¿Está usted bajo cuidado médico? SI NO
¿Desde cuándo? _____ ¿Por qué? _____
3. ¿Cuándo fue su último examen físico completo? _____
4. ¿Está usted tomando medicinas? SI NO
5. ¿Toma usted periódicamente sustancias que afecten la salud? SI NO
6. ¿Es usted alérgico a alguna medicina o sustancia? SI NO
7. ¿Tiene usted alguna otra alergia? SI NO
8. ¿Tiene usted problemas con la penicilina, los antibióticos,
los anestésicos o alguna otra medicina? SI NO
¿Es usted sensible a los metales o al látex? SI NO
10. Si usted es mujer, ¿está embarazada o cree que puede estarlo? SI NO
11. ¿Utiliza usted medicamentos para el control de la natalidad? SI NO
12. ¿Ha sido usted tratado por enfermedades cardíacas o se le ha
dicho que podría padecerlas? SI NO
¿Tiene usted un marcapasos o una válvula cardíaca artificial? SI NO
14. ¿Ha tenido alguna vez fiebre reumática? SI NO
15. ¿Padece usted de murmullo cardíaco? SI NO
16. ¿Ha tenido usted alguna enfermedad u operación grave? SI NO
Si es así, explique _____
17. ¿Ha tenido usted tratamiento con radiación o quimioterapia
para combatir un tumor, un crecimiento u otra condición? SI NO
18. ¿Tiene usted presión alta o presión baja? SI NO
19. ¿Padece usted de enfermedades inflamatorias, como artritis o reumatismo? SI NO
20. ¿Tiene usted articulaciones artificiales o usa prótesis? SI NO
21. ¿Tiene usted alteraciones de la sangre, como anemia, leucemia, etc.? SI NO
22. ¿Ha sangrado alguna vez excesivamente después de cortarse o lastimarse? SI NO
23. ¿Tiene algún problema estomacal? SI NO
24. ¿Tiene problemas renales? SI NO
25. ¿Tiene problemas hepáticos? SI NO
26. ¿Es diabético? SI NO
27. ¿Padece de asma? SI NO
28. ¿Tiene epilepsia o ataques nerviosos? SI NO
29. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad venérea? SI NO
30. ¿Se le ha diagnosticado que es HIV positivo? SI NO
31. ¿Tiene usted SIDA? SI NO
32. ¿Ha tenido hepatitis o tiene anticuerpos contra esa enfermedad? SI NO
33. ¿Tiene o ha tenido tuberculosis? SI NO
34. ¿Fuma o mastica tabaco, usa rapé o consume alguna otra variedad del tabaco? SI NO
35. ¿Consume usted bebidas alcohólicas? SI NO
36. ¿Utiliza habitualmente sustancias controladas? SI NO
37. ¿Ha estado usted bajo tratamiento psiquiátrico? SI NO
38. ¿Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema no mencionado aquí?
Si es así, explique _____
39. ¿Hay algo que debemos saber sobre su salud y que no hayamos preguntado en este formulario?
40. ¿Desearía usted hablar en privado con el dentista acerca de algún problema? SI NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____

ANESTESIA

ALERTA MEDICA

ANTECEDENTES MEDICOS