

CUESTIONARIO DENTAL Y DE SALUD

Primer Nombre del paciente _____ Apellido del paciente _____

Estatura _____ Peso _____

Dentista Familiar _____

Frecuencia y tipo de cuidados dentales _____

¿Ha tenido cuidados periodontales previos? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuándo y quién se lo hizo? _____

¿Alguna vez te has sometido a un tratamiento de ortodoncia? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuándo y quién se lo hizo? _____

¿Tiene o ha experimentado algo de lo siguiente?

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abscesos | <input type="checkbox"/> Engancharse al hilo dental | <input type="checkbox"/> Sensibilidad a morder | <input type="checkbox"/> movimiento espontáneo |
| <input type="checkbox"/> Mal Sabor/Aliento | <input type="checkbox"/> Impactación alimentaria | <input type="checkbox"/> presión | <input type="checkbox"/> de los dientes |
| <input type="checkbox"/> Encías Sangrantes | <input type="checkbox"/> pérdida reciente de dientes | <input type="checkbox"/> Dientes flojos | |
| <input type="checkbox"/> Incomodidad | | | |

¿Usa Usted: Chicle Café Refrescos Té Mentas para el Aliento?

¿Su cepillo es: Duro Mediano Suave

¿Su médico requiere que usted tome antibióticos antes de todos los procedimientos dentales? Si contestó que sí, ¿por qué? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es Usted alérgico a algún medicamento o drogas, látex, yodo? Si contestó que sí, por favor enlístelos _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido una reacción adversa a algún medicamento, anestésico, sedantes, narcóticos, aspirina, ibuprofeno (Motrin)? Si contestó que sí, por favor enlístelos _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido una enfermedad grave, operación u hospitalización en los últimos cinco años? Si contestó que sí, por favor descríbalos _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está tomando o ha tomado recientemente medicamentos recetados, inhaladores, preparaciones naturales o herbales de venta libre? Si contestó que sí, por favor enlístelos _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tomado o ha sido tratado con bifosfonatos (medicamentos para tratar la pérdida ósea) de algún tipo? Si contestó que sí, ¿qué y durante cuánto tiempo? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha tenido sangrado excesivo que requirió un tratamiento especial?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿En su familia, hay antecedentes de diabetes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa Usted tabaco de cualquier tipo? Si contestó que sí, ¿cuánto? por día, semana, mes _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usa Usted algún tipo de alcohol? Si contestó que sí, ¿cuánto? por día, semana, mes _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene algún historial de abuso de sustancias o actualmente usa drogas recreativas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

CUESTIONARIO DE SALUD

De los siguientes, elija todo lo que pueda haber tenido en el pasado o que se le aplique actualmente:

CARDIOVASCULAR

- Dolor en el pecho al hacer esfuerzo
- Dificultad para respirar o presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Prótesis valvular cardíaca
- Prolapso de la válvula mitral
- Lesión cardíaca congénita
- Fiebre reumática
- Soplo cardíaco
- Válvula cardíaca dañada
- Arritmia del corazón
- Taquicardia
- Cirugía cardíaca
- Marcapasos cardíaco

NEUROLÓGICO/PSICOLÓGICO

- Convulsiones/Epilepsia
- Derrame Cerebral o Migrañas o Depresión/Ansiedad
- Problemas de Salud Mental

OJO

- Cataratas
- Glaucoma
- Usa Lentes de Contacto
- Problemas graves de visión

RIÑÓN

- Nefropatía
- Deterioro de la función renal
- Hemodiálisis

PULMONAR

- Asma
- Enfisema
- Tuberculosis

GENERAL

- SIDA/VIH+
- Alcoholismo
- Anorexia
- Bulimia
- Complejo Relativo al Sida
- Artritis o Transfusiones Sanguíneas

- Cáncer
- Quimioterapia
- Fatiga Crónica
- Herpes labial
- Trastorno del tejido conectivo o Diabetes
- Úlceras Gastrointestinales
- Hepatitis
- Deterioro de la función hepática
- Síndrome del intestino irritable
- Ictericia
- Cirugía de reemplazo articular o Osteoporosis
- Tos Persistente
- Terapia por Radiación
- Infecciones recurrentes
- Pérdida de peso reciente
- Problemas sinusales
- Apnea del Sueño
- Abuso de las Drogas
- Lupus Sistémico

¿Tiene Usted alguna enfermedad, problema o afección que no se haya mencionado anteriormente?

Por favor explique _____

¿Por cuestiones de salud, está Usted obligado a restringir su trabajo o actividades de alguna manera?

Sí No

Para las mujeres marque todo lo que aplica:

Estoy embarazada Estoy amamantando Estoy tomando píldoras anticonceptivas

¿Ha experimentado una reacción inusual a alguno de los siguientes?

o Anaprox

o Aspirina

o Codeína

o Eritromicina

o Yodo

o Látex

o Óxido nitroso

o Penicilina

o Percodan

o Sulfa

o Synalgos

o Tetraciclina

o Tylenol

o Valium

o Vicodin

Hasta donde yo sé, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la de mi paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico. Acepto la cortesía que la oficina del Dr. Peavy ofrece al presentar reclamos de seguro en mi nombre. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con dichos reclamos. Además, entiendo que esta presentación se realiza como cortesía, y que soy responsable de todo el costo de los tratamientos dentales.

Firma del paciente _____

Fecha _____