

ANTECEDENTES DENTALES

Nombre _____ Apodo _____ Edad _____
Remitido por _____ ¿Cómo calificaría el estado de su boca? Excelente Bueno Normal Malo
Dentista anterior _____ ¿Durante cuánto tiempo ha sido su paciente? _____ Meses/Años
Fecha del examen dental más reciente ____/____/____ Fecha de las radiografías más recientes ____/____/____
Fecha del tratamiento más reciente (aparte de la limpieza) ____/____/____
Voy a mi dentista habitualmente cada: 3 meses 4 meses 6 meses 12 meses No voy de forma habitual

¿CUÁL ES SU PREOCUPACIÓN INMEDIATA? _____

A CONTINUACIÓN CONTESTE SÍ O NO:

SÍ NO

ANTECEDENTES PERSONALES

1. ¿Le da miedo el tratamiento dental? ¿Cuánto miedo?, en una escala de 1 (el menos) a 10 (el más) [] _____
2. ¿Ha tenido alguna experiencia dental negativa? _____
3. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones con algún tratamiento dental anterior? _____
4. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el funcionamiento de la anestesia o ha tenido alguna reacción a la anestesia local? _____
5. ¿Le han puesto alguna vez frenillos, ha recibido tratamiento ortodóntico o le han ajustado la mordida? _____
6. ¿Le han quitado alguna pieza dental? _____

ENCÍAS Y HUESO

7. ¿Le sangran las encías o le duelen cuando se cepilla los dientes o se pasa el hilo dental? _____
8. ¿Le han tratado alguna vez por piorrea o le han dicho que ha disminuido el hueso alrededor de los dientes? _____
9. ¿Ha notado alguna vez un sabor u olor desagradable en la boca? _____
10. ¿Hay alguien en su familia con antecedentes de enfermedad periodontal? _____
11. ¿Ha sufrido alguna vez retracción de las encías? _____
12. ¿Se le ha aflojado alguna vez una pieza dental por sí misma (sin una lesión) o tiene dificultades para comer una manzana? _____
13. ¿Ha tenido una sensación de ardor en la boca? _____

ESTRUCTURA DEL DIENTE

14. ¿Ha tenido alguna caries en los últimos 3 años? _____
15. ¿Le parece demasiado poca la cantidad de saliva en la boca o tiene dificultad para tragar cualquier tipo de comida? _____
16. ¿Siente o nota algún agujero (es decir, picaduras, cráteres) en la superficie de masticación de los dientes? _____
17. ¿Algunos de los dientes son sensibles al calor, al frío, al morder, a los dulces o evita cepillarse alguna parte de la boca? _____
18. ¿Tiene ranuras o muescas en los dientes cerca del borde de las encías? _____
19. ¿Alguna vez se ha roto algún diente, ha tenido dientes astillados o ha tenido dolor de muelas o empastes agrietados? _____
20. ¿Se le queda comida atrapada entre los dientes con frecuencia? _____

MORDIDA Y ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA

21. ¿Tiene problemas con la articulación de la mandíbula? (dolor, sonidos, apertura limitada, bloqueo, chasquido) _____
22. ¿Siente como si la mandíbula inferior se moviera hacia atrás cuando muerde con los dientes juntos? _____
23. ¿Evita o tiene dificultades para masticar chicle, zanahorias, frutos secos, panecillos, baguettes, barras de proteína u otros alimentos duros y secos? _____
24. ¿Han cambiado sus dientes en los últimos 5 años, se han acortado, afilado o desgastado? _____
25. ¿Los dientes cada vez se le tuercen más, se apiñan o se superponen? _____
26. ¿Se le están separando los dientes o se están aflojando? _____
27. ¿Tiene que dar más de un bocado, tiene que apretar o desplazar la mandíbula para que los dientes encajen entre sí? _____
28. ¿Pone su lengua entre los dientes o cierra los dientes contra la lengua? _____
29. ¿Mastica hielo, se muerde las uñas, utiliza los dientes para sujetar objetos o tiene algún otro hábito bucal? _____
30. ¿Aprieta los dientes durante el día o hace que le duelan? _____
31. ¿Tiene algún problema para dormir (es decir, desasosiego), se despierta con dolor de cabeza o es consciente de sus dientes? _____
32. ¿Usa o ha usado alguna vez un aparato para mordida? _____

CARACTERÍSTICAS DE LA SONRISA

33. ¿Hay algo sobre el aspecto de sus dientes que le gustaría cambiar? _____
34. ¿Se ha blanqueado los dientes alguna vez? _____
35. ¿Se ha sentido incómodo o acomplejado por el aspecto de sus dientes? _____
36. ¿Le ha decepcionado el aspecto de un trabajo dental anterior? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre del paciente _____ Apodo _____ Edad _____

Nombre del médico / y su especialidad _____

Exploración física más reciente _____ Objetivo _____

¿Cómo cree que es su salud en general? Excelente Buena Normal Mala

TIENE o HA TENIDO ALGUNA VEZ: **SÍ NO** **SÍ NO**

1. hospitalización por enfermedad o lesión _____
2. una reacción alérgica a
 - aspirina, ibuprofeno, paracetamol, codeína
 - penicilina
 - eritromicina
 - tetraciclina
 - sulfonamida
 - anestesia local
 - flúor
 - metales (níquel, oro, plata, _____)
 - látex
 - otro _____
3. problemas de corazón o stent cardíaco en los últimos seis meses
4. antecedentes de endocarditis infecciosa
5. válvula cardíaca artificial, defecto de corazón reparado (persistencia del agujero oval, PFO por sus siglas en inglés)
6. marcapasos o desfibrilador implantable _____
7. implante ortopédico (sustitución de articulación) _____
8. fiebre reumática o escarlatina _____
9. tensión arterial alta o baja _____
10. un accidente cerebrovascular (toma diluyentes de la sangre) _____
11. anemia u otros trastornos sanguíneos _____
12. hemorragia prolongada debida a un pequeño corte (INR > 3,5) _____
13. enfisema, falta de aliento, sarcoidosis _____
14. tuberculosis, sarampión, varicela _____
15. asma _____
16. problemas respiratorios o de sueño (es decir, apnea del sueño, ronquidos, sinusitis)
17. enfermedad renal _____
18. enfermedad hepática _____
19. ictericia _____
20. tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio _____
21. deficiencia hormonal _____
22. colesterol alto o toma estatinas _____
23. diabetes (HbA1c = _____)
24. úlcera de estómago o duodenal _____
25. trastornos digestivos (es decir, enfermedad celíaca, reflujo gástrico)
26. osteoporosis / osteopenia (es decir, toma bifosfonatos) _____

27. artritis _____
28. enfermedad autoinmunitaria _____
(es decir, artritis reumatoide, lupus, esclerodermia)
29. glaucoma _____
30. lentes de contacto _____
31. lesiones en la cabeza o el cuello _____
32. epilepsia, convulsiones (crisis) _____
33. trastornos neurológicos (TDA/TDAH, enfermedad de priones) _____
34. infecciones virales y herpes labial _____
35. cualquier bulto o hinchazón en la boca _____
36. urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno _____
37. ITS / ETS / VPH _____
38. hepatitis (tipo _____)
39. VIH / SIDA _____
40. tumor, neoplasia anormal _____
41. terapia de radiación _____
42. quimioterapia, medicamentos inmunosupresores _____
43. dificultades emocionales _____
44. tratamiento psiquiátrico _____
45. medicamentos antidepresivos _____
46. uso de alcohol / drogas recreativas _____

USTED:

47. está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad _____
48. es consciente de un cambio en su salud en las últimas 24 horas (es decir, fiebre, escalofríos, tos nueva o diarrea) _____
49. está tomando medicamentos para controlar el peso _____
50. está tomando complementos alimenticios _____
51. está a menudo agotado o fatigado _____
52. sufre dolores de cabeza frecuentes _____
53. es fumador, fumó anteriormente o usa tabaco sin humo _____
54. está considerado como una persona susceptible / sensible _____
55. a menudo se siente infeliz o deprimido _____
56. es una MUJER que toma pastillas anticonceptivas _____
57. es una MUJER que está embarazada _____
58. es un HOMBRE con trastornos de la próstata _____

Describa cualquier tratamiento médico actual, intervención quirúrgica inminente, retraso genético/del desarrollo u otro tratamiento que posiblemente pueda afectar a su tratamiento dental. (es decir, botox, inyecciones de colágeno)

Indique todos los medicamentos, complementos y vitaminas que haya tomado en los últimos dos años.

Fármaco	Objetivo	Fármaco	Objetivo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EN EL FUTURO COMUNÍQUENOS CUALQUIER CAMBIO EN SUS ANTECEDENTES MÉDICOS O DE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

