



Formulario de Historial Médico y Dental

Fecha de hoy: _____

Información del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Motivo de la visita de hoy: _____

Nombre del médico de atención primaria: _____

Nombre de la clínica: _____

Historial Médico

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:

- ☐ Enfermedad del corazón ☐ Presión arterial alta ☐ Anemia ☐ Fiebre reumática
☐ Marcapasos ☐ Válvula cardíaca artificial ☐ Diabetes Tipo 1 ☐ Asma
☐ Hipoglucemia ☐ Enfermedad tiroidea ☐ Diabetes Tipo 2 ☐ Bronquitis crónica
☐ Enfisema ☐ Derrame cerebral ☐ Tuberculosis ☐ VIH/SIDA
☐ Hepatitis (A, B o C) ☐ Enfermedad hepática ☐ Enfermedad renal ☐ Diálisis renal
☐ Lupus ☐ Esclerosis múltiple ☐ Apnea del sueño ☐ Reflujo ácido/ERGE
☐ Ansiedad ☐ EPOC ☐ Coágulos de sangre/Trombosis
☐ Depresión ☐ Osteoporosis ☐ Trastornos de la sangre (p. ej., anemia falciforme, hemofilia)
☐ Glaucoma ☐ Herpes labial/ampollas de fiebre ☐ Articulación artificial (cadera, rodilla, etc.)
☐ Cáncer (Especifique tipo): _____ ☐ Trastorno autoinmune
☐ Otro (Especifique): _____

¿Actualmente toma algún medicamento anticoagulante (anticoagulantes o antiplaquetarios)?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, por favor marque todos los que correspondan:

- ☐ Warfarina (Coumadin) ☐ Clopidogrel (Plavix) ☐ Rivaroxabán (Xarelto) ☐ Apixabán (Eliquis)
☐ Dabigatrán (Pradaxa) ☐ Aspirina (dosis regular o baja)
☐ Otro (Especifique): _____

¿Tiene antecedentes de sangrado anormal o moretones con facilidad?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Actualmente toma algún medicamento para la osteoporosis?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, por favor marque todos los que correspondan:

- ☐ Bifosfonatos orales (p. ej., Alendronato [Fosamax], Ibandronato [Boniva]) ☐ Denosumab (Prolia)
☐ Bifosfonatos intravenosos (p. ej., Ácido zoledrónico [Reclast]) ☐ Otro (Especifique): _____

Historial de cirugías o procedimientos médicos: _____

¿Necesita tomar antibióticos antes de las citas dentales?

☐ Sí ☐ No

¿Está actualmente embarazada?

☐ Sí ☐ No

Medicamentos Actuales

☐ Ninguno

Por favor, liste todos los medicamentos que está tomando actualmente (o proporcione una lista):

Alergias

☐ Ninguna

¿Tiene alguna alergia conocida a medicamentos, anestésicos o materiales usados en tratamientos dentales? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, por favor liste todas las alergias conocidas y reacciones: _____

Otras alergias: _____

Historial de Salud Dental

Por favor marque cualquiera de las siguientes condiciones que tenga actualmente o haya tenido en el pasado:

☐ Sensibilidad dental ☐ Encías sangrantes ☐ Raspado y alisado radicular previo ☐ Injerto de encía previo ☐ Mal aliento ☐ Boca seca ☐ Dolor en la mandíbula ☐ Chasquido o crujido en la mandíbula ☐ Rechinar o apretar los dientes ☐ Trastorno de la articulación temporomandibular (ATM/TMJ) ☐ Dolor con alimentos calientes/fríos ☐ Dolores de muelas ☐ Dientes flojos ☐ Llagas en la boca ☐ Hábitos orales (chuparse el dedo, morderse las uñas, etc.) ☐ Dolores de cabeza frecuentes ☐ Otro (especifique): _____

Prácticas de Higiene Oral

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?

☐ Una vez al día ☐ Dos veces al día ☐ Más de dos veces al día ☐ Menos de una vez al día

¿Qué tipo de cepillo usa?

☐ Manual ☐ Eléctrico ☐ Otro: _____

¿Con qué frecuencia usa hilo dental?

☐ Una vez al día ☐ Menos de una vez al día ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

¿Actualmente usa productos de tabaco (fumar, vapear, tabaco sin humo)?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?

☐ Diario ☐ Ocasionalmente ☐ Lo dejé (¿hace cuánto tiempo?) _____

¿Consume alimentos o bebidas azucaradas con regularidad?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?

☐ Diario ☐ Ocasionalmente ☐ Raramente

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha