

**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)    Dabigatránil (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