

Imprint patient information here:

**Escuela de Odontología**  
**Cuestionario de salud**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo Historia Médica

SOLAMENTE PARA USO DE LA CLÍNICA

1. ¿Tiene o ha tenido algunas de las siguientes cosas?(encierre en un círculo todos los que apliquen)
- Si No a. Reacción alérgica a ciertos medicamentos o látex  
*Látex Penicilina Aspirina Codeína Anestesia local otro*
- Si No b. ataque cardíaco o enfermedad del corazón
- Si No c. ataque de apoplejía o derrame cerebral
- Si No d. presión alta
- Si No e. insuficiencia cardíaca
- Si No f. angina de pecho (dolores de pecho)
- Si No g. latido del corazón irregular
- Si No h. válvula de corazón artificial
- Si No i. fiebre reumática, enfermedad del corazón reumática,
- Si No j. endocarditis bacterial
- Si No k. enfermedad congénita del corazón
- Si No l. murmullos de corazón o prolapso de válvula mitral
- Si No m. inmunosupresiva (Escoja todas las cosas que apliquen)  
*Terapia de esteroides Artritis Reumatoidea Extracción del bazo*      *Terapia de Radiación quimioterapia VIH (SIDA) Otro*      *SLE (Lupus) Transplante de órgano*
- Si No m. articulación artificial (Escoja todo lo que aplique)  
*cadera rodilla tobillo hombro otro*
- Fecha en que fue colocado:
- Si No n. otros implantes o aparatos artificiales
- Si No o. problema de sangrado, anemia, otras enfermedades de sangre
- Si No p. diabetes
- Si No q. enfermedad de la tiroides
- Si No r. enfermedad del sistema nervioso o ataque epiléptico
- Si No s. enfermedad de estómago o intestino
- Si No t. enfermedad del riñón
- Si No u. hepatitis (A, B, C o D)
- Si No v. otra enfermedad del hígado
- Si No w. artritis(osteo o reumatoide)
- Si No x. otra enfermedad muscular, o de articulación
- Si No y. asma
- Si No z. tuberculosis
- Si No aa. otra enfermedad pulmonar
- Si No bb. condición de salud mental - especifique: \_\_\_\_\_
- Si No z. ¿Algún problema físico o mental que requiera cuidado especial?
- Si No aa. ¿Está siendo o ha sido tratado por cáncer?
- Si No bb. Está o podría estar embarazada?
- Si No cc. ¿Está amamantando?

- Si No 2. ¿Sufre usted de alguna enfermedad, condición, o problema que no esté en este cuestionario?  
Describa: \_\_\_\_\_
- Si No 3 ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o ha tenido cirugías?  
Describa: \_\_\_\_\_
- Si No 4. ¿Tiene síntomas que no hayan sido diagnosticados?  
Describa: \_\_\_\_\_
- Si No 5. ¿Tiene o ha tenido alguna vez adicción a alguna sustancia química? (Ejemplos: alcohol, drogas de prescripción, heroína, metanfetamina, cocaína, otro)
- Si No 6. ¿Fuma o usa alguna forma de tabaco?
- Si No 7. ¿Ha usado formas de tabaco en el pasado?
- Si No 8. ¿Toma regularmente hierbas medicinales o complementos dietéticos?  
Específicamente usted toma (escoja todas las opciones que apliquen):  
Echinacea ajo jengibre kava valeriana Santa Maria ginkgo  
ginseng Hierba de San Juan (hypericum) vitamina E Feverfew otro
- Si No 9. ¿Está o ha estado en terapia para osteoporosis?  
(Ejemplos: fosamax, Actonel, Boniva en forma de pastilla)
- Si No 10. ¿Está o ha estado en terapia para reducir altos niveles de calcio en la sangre (terapia de bisphosphonate)? (ejemplos: Aredia intravenoso, Zometa)

**Lista de su médicos (por favor incluya su(s) médicos o especialistas que visite cada año)**

Nombre dirección ciudad número de teléfono especialidad

---



---



---



---



---

**Historia Dental**

Molestia Principal: (¿Cuál es la razón por la que usted requiere asistencia dental?)

- Si No 1. ¿Se hace exámenes dentales regularmente?  
2. Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_
- Si No 3. ¿Ha tenido algún problema asociado con tratamientos dentales en el pasado?  
Si ha tenido algún problema por favor explique: \_\_\_\_\_
- Si No 4. ¿Ha notado algún bulto o alguna úlcera en su boca?
- Si No 5. ¿Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes?
- Si No 6. ¿Ha sufrido alguna herida en la cara, quijada, o dientes?
- Si No 7. ¿Sufre de dolores de boca, cara, ojos, cuello o garganta?
- Si No 8. ¿Está usted descontento con la apariencia de sus dientes?
- Si No 9. ¿Ha sido el miedo una de las razones por la que usted no ha buscado tratamiento dental en el pasado?
- Si No 10. ¿Es usted alérgico a algún metal o material dental?
11. Indique los tipos de tratamientos dentales que usted haya tenido:

ortodoncia (frenos) dentadura postiza endodoncia implantes  
cirugía oral tratamiento de encía tratamiento de TMJ amalgama/empaste  
coronas puentes carillas blanqueamiento otro