

Historial de salud odontológica

Nombre del paciente: _____

Información odontológica:

En las siguientes preguntas, por favor marque (X) como su respuesta:

Preguntas	Sí	No	No sé
¿Sus encías sangran cuando se cepilla o usa hilo dental?			
¿Sus dientes son sensibles al frío, al calor, a los dulces o a la presión?			
¿La comida o el hilo dental se atascan entre sus dientes?			
¿Tiene la boca seca?			
¿Ha tenido algún tratamiento periodontal (en las encías)?			
¿Alguna vez se ha sometido a un tratamiento de ortodoncia (aparatos dentales)?			
¿Ha tenido algún problema asociado a un tratamiento dental previo?			
En caso afirmativo, explique:			
¿Está experimentando actualmente dolor o molestias dentales?			
¿Tiene dolores de oído o de cuello?			
¿Tiene algún chasquido, ruido o molestia en la mandíbula?			
¿Rechina los dientes?			
¿Tiene llagas, úlceras o herpes labial en la boca?			
¿Usa dentadura postiza o parcial?			
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en la boca?			
¿Ha tenido algún reemplazo articular ortopédico total?			
¿Le ha recomendado un médico o un odontólogo anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento odontológico?			
Nombre del médico que lo recomienda:	Teléfono:		
¿Está tomando o tiene previsto empezar a tomar alguno de los medicamentos alendronato (Fosamax) o risedronato (Actonel) para la osteoporosis o la enfermedad de Paget?			
Desde 2001, ¿se ha sometido o está previsto que se someta a un tratamiento con bifosfonatos intravenosos (Aredia o Zometa) para el dolor de huesos, la hipercalcemia o las complicaciones óseas derivadas de la enfermedad de Paget, el mieloma múltiple o el cáncer metastásico?			
¿Tiene alguna enfermedad de transmisión sanguínea (VIH/SIDA, hepatitis A, B, C, herpes simple 1/2)?			
¿Ha habido algún cambio en su salud general en el último año?			
En caso afirmativo, ¿qué enfermedad se está tratando?			
¿Tiene diabetes?			
¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?			
En caso afirmativo, ¿cuál fue la enfermedad o el problema?			
Fecha de su último examen odontológico:			
¿Qué se hizo en ese momento?			
Fecha de las últimas radiografías dentales:			
Si está aquí para una visita odontológica, ¿cuál es la			
¿Cómo se siente con su sonrisa?			