

# CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Molestia principal {¿Porqué necesita cuidado dental?} \_\_\_\_\_

**Salud Actual**

¿Está en buena salud? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Está bajo cuidado médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor anote su doctor familiar y/ó cualquier otro doctor ó especialista que visita 1 vez por año:

Nombre	Dirección	Ciudad	Número Tel.	Especialidad
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Historial Médico**

Encierre en un círculo:

**1. ¿Tiene (ó alguna vez ha tenido) alguno de los siguientes?**

Si No a. Reacción alérgica a alguna droga ó látex (circule todo lo que aplique)  
 Látex Penicilina Aspirina Codeína Anestesia local Otros \_\_\_\_\_

Si No b. Ataque de corazón ó enfermedad cardíaca

Si No c. Apoplejía (stroke)

Si No d. Presión alta \_\_\_\_\_ Presión baja \_\_\_\_\_

Si No e. Insuficiencia cardíaca congestiva

Si No f. Angina (dolor de pecho)

Si No g. Ritmo irregular del corazón

Si No h. Válvula artificial del corazón

Si No i. Fiebre reumática, enfermedad cardíaca reumática, endocarditis bacterial

Si No j. Enfermedad cardíaca congénita

Si No k. Soplo en el corazón ó prolapso mitral de válvula

Si No l. Condición inmunosupresora (circule todo lo que aplique)

Terapia de esteroide (e.g. prednisone) Artritis Reumática VIH Radiación ó Terapia para Cáncer  
 SLE (Lupus) Transplante de Órgano Bazo removido (spleen) Otro \_\_\_\_\_

Si No m. Cojuntura artificial(es) (circule todo lo que aplique)

Cadera Tobillo Hombro Rodilla

Fecha de colocación: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Si No n. Otros implantes o dispositivos artificiales

Si No o. Problema de sangramiento, anemia, otra enfermedad de la sangre

Si No p. Diabetes Tipo I \_\_\_\_\_ Tipo II \_\_\_\_\_

- Si No q. Enfermedad de tiroides
- Si No r. Uso de antibiótico a largo plazo (continuamente por más de un mes) \_\_\_\_\_
- Si No s. Enfermedad del sistema nervioso o ataques
- Si No t. Enfermedad renal
- Si No u. Hepatitis (A, B, C o D) u otra enfermedad del hígado
- Si No v. Enfermedad de músculo, coxuntura ó artritis (osteo ó rumatoide)
- Si No w. Asma, tuberculosis u otra enfermedad de los pulmones
- Si No x. Enfermedad intestinal ó del estómago
- Si No y. Enfermedad ó condición mental - explique \_\_\_\_\_
- Si No z. ¿Tiene desabilidades físicas ó mentales que requieren cuidado especial? \_\_\_\_\_
- Si No aa. Impedimento de oído, vista ó del habla
- Si No bb. ¿Tiene ó alguna vez ha sido tratado para cáncer? Tipo: \_\_\_\_\_

**2. ¿Está ó puede que esté embarazada?**

Si No

**3. ¿Está amamantando?**

Si No

**4. ¿Tiene alguna enfermedad, condición ó problema médico no listado aquí?**

Si No Explique: \_\_\_\_\_

**5. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado ó ha tenida alguna cirugía?**

Si No Explique: \_\_\_\_\_

**6. ¿Tiene algún sintoma no diagnosticado?**

Si No Explique: \_\_\_\_\_

**7. ¿Está adicto ó alguna vez ha sido adicto a alguna sustancia química?**

Si No Por ejemplo: alcohol, fármacos, heroína, meth, cocaína, otro

**8. ¿Actualmente toma bebidas alcohólicas o drogas recreacionales?**

Si No Explique: \_\_\_\_\_

**9. ¿Fuma ó usa tabaco sin humo?**

Si No

**10. ¿Qué clase de productos de tabaco usa? \_\_\_\_\_**

**11. ¿Regularmente usa medicinas herbales ó suplementos dietéticos? Específicamente toma: (circule lo que le aplique)**

Echinacea Feverfew Ajo Gingko Genjibre Kava Valerian  
 Fish Oil Ginseng St. Johns Wort Suplementos dietéticos Vitamina E

**12. Está tomando ó alguna vez ha tomado medicamentos para la osteoporosis, como**

Si No ¿Terapia bisphosphonate? (ejemplos: Fosamax, Actonel, Boniva en pastilla)

**13. ¿Alguna vez ha tomado los siguientes medicamentos para el calcio excesivo en la sangre?**

Si No ¿Terapia bisphosphonate? (ejemplos: Avedia intravenoso, Zometa)

**Historia Dental**

**14. ¿Se hace chequeos dentales regularmente?**

Si No Fecha de último chequeo dental \_\_\_\_\_

**15. ¿Ha tenido algún problema anteriormente con algún tratamiento dental?**

Si No Por favor explique: \_\_\_\_\_

**16. ¿Ha notado algún crecimiento ó llagas en su boca?**

Si No \_\_\_\_\_

**17. ¿Le sangran las ensías cuando se cepilla?**

Si No \_\_\_\_\_

**18. ¿Alguna vez se ha lastimado o golpeado su cara, quijada ó sus dientes?**

Si No \_\_\_\_\_

**19. ¿Sufre de dolor en su boca, cara, ojo , cuello ,ó garganta?**

Si No \_\_\_\_\_

**20. ¿Alguna vez el miedo le ha impedido buscar cuidado dental?**

Si No \_\_\_\_\_

**21. ¿Es alérgico a metales o materiales dentales?**

Si No \_\_\_\_\_

**22. Encierre en un círculo lo tratamientos dentales que le interesarían:**

Ortodoncia Dentadura Parsial Implante Dental Coronas Puente

**23. ¿Estás contento con la apariencia de tu sonrisa?**

Si No

**24. Si pudieras cambiar tu sonrisa, ¿podrías...**

- Blanquear tus dientes
- Harías tus dientes más rectos
- Cerrarías las brechas entre tus dientes
- Reemplazarías los empastes de metal negro
- Repararías dientes astillados
- Repararías los dientes perdidos
- Reemplazarías viejas coronas que no coinciden
- Obtendría una renovación cosmética para tu sonrisa

Por favor provea lista de medicamentos que actualmente está tomando y firme abajo:

Medicamento	Cantidad	Medicamento	Cantidad

**Milwaukee Dental Arts** requiere su información con el propósito de brindarles una evaluación completa y comprensible de su necesidad dental. Ninguna persona fuera de **Milwaukee Dental Arts** tendrá acceso esta información a menos que esté autorizado por usted o sea requerida por la ley. El no proporcionarnos con la información requerida, podrá limitar nuestra habilidad para asesorar su necesidad dental y puede que reusemos aceptarlo como nuestro padeciente. Al firmar abajo, usted concuerda que la información brindada es correcta y que notificará a **Milwaukee Den al Arts** de algún cambio en su salud en cada cita que tenga.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(O) Representante del Paciente: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Firma del Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_