



**Programa de Servicios Odontológicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos
del condado de Montgomery**
Formulario de antecedentes médicos y odontológicos del paciente

Fecha ____ / ____ / ____ (mes, día, año)

Atención padres o tutores del paciente: tenga en cuenta que es posible que le hagamos preguntas complementarias para asegurarnos de tener toda la información necesaria para tratar al paciente.

DATOS DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Apodo:
Fecha de nacimiento: / /	Género:		
Nombre del padre, de la madre o tutor:		Parentesco o vínculo con el paciente:	
Dirección de correo electrónico:			
Teléfono residencial:	Teléfono móvil:	Teléfono del trabajo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Marque con una "X" sus respuestas a la pregunta que se le hace a continuación.			
¿Ha tenido usted (el adulto) o el paciente (el niño): <input type="checkbox"/> tos por más de tres semanas <input type="checkbox"/> tos con sangre? <input type="checkbox"/> tuberculosis activa?			
Sírvase entregar este formulario de inmediato en la recepción si marcó alguna de las casillas anteriores.			
ANTECEDENTES RELATIVOS A LA SALUD DENTAL DEL PACIENTE			
¿Cuál es el motivo de su visita hoy?			
¿Cómo describiría la salud bucal del paciente? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> buena <input type="checkbox"/> más o menos <input type="checkbox"/> mala			
¿El paciente presenta actualmente algún tipo de dolor o molestia dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no			
Si es así, ¿en qué parte?			
¿Es esta la primera vez que el paciente visita al odontólogo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no			
Si la respuesta es negativa, ¿cuándo fue la última vez que le hicieron una exploración dental al paciente?			
¿Qué le hicieron durante esa cita?			
¿Cuándo fue la última vez que le hicieron radiografías dentales al paciente?			
Marque con una "X" sus respuestas a la(s) pregunta(s) que se le hace(n) a continuación.			
Sí no no lo sé			
¿El paciente tuvo problemas con algún tratamiento dental que se le haya hecho en el pasado? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Si es así, describa lo ocurrido:			
¿El paciente tuvo problemas con la dentición o cuando empezó a mudar los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿El paciente utiliza pasta dental con flúor cuando se cepilla los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? veces al <input type="checkbox"/> A qué hora se cepilla los dientes?			
¿El paciente utilizó alguna vez frenillos u otros aparatos de ortodoncia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿El paciente sufrió alguna vez una lesión grave en la cabeza, boca o los dientes? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió:			
¿El paciente practica algún deporte de contacto o realiza alguna actividad recreativa de movimiento? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, describa qué actividad o deporte practica:			
¿El agua de su vivienda contiene fluoruro? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿Qué tipo de agua potable toma mayormente el paciente? <input type="checkbox"/> De grifo <input type="checkbox"/> embotellada <input type="checkbox"/> filtrada <input type="checkbox"/> de pozo			
¿El paciente toma suplementos que contengan flúor? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿El paciente usa o usaba chupete / chupón o se chupa(ba) el pulgar o los dedos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿A qué edad dejó de tomar leche materna? ¿A qué edad dejó de tomar biberón?			
¿El paciente padece o padeció alguna vez de algún trastorno respiratorio relacionado con el sueño? <input type="checkbox"/> Respiración por la boca <input type="checkbox"/> ronquidos <input type="checkbox"/> dificultad para respirar mientras duerme			

Antecedentes médicos e historial de vacunación del paciente

Indique el nombre y número de teléfono del médico de cabecera del paciente:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

¿El paciente se ve con algún especialista? Sí no En caso afirmativo, indíquelo acá. _____

Marque con una "X" sus respuestas a la(s) pregunta(s) que se le hace(n) a continuación. Sí no no lo sé

¿El paciente está actualmente bajo tratamiento por alguna afección o enfermedad?

En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padece y desde cuándo la tiene?

¿El paciente padeció alguna vez alguna enfermedad grave?

En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padeció y cuándo ocurrió?

¿El paciente ha estado hospitalizado alguna vez? ¿Cuándo y por qué?

¿Alguna vez le han puesto anestesia general al paciente?

¿Alguna vez le han hecho alguna transfusión de sangre al paciente?

¿El paciente sangra de manera excesiva cuando se corta?

¿Algún médico u odontólogo le ha sugerido alguna vez al paciente que tome antibióticos antes de hacerse tratamientos odontológicos? En caso afirmativo, explique por qué y escriba el nombre del profesional facultativo que le dio esa recomendación.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

¿Al paciente le diagnosticaron alguna condición o problema físico(a), del desarrollo, mental o emocional?

¿El paciente padece alguna enfermedad genética (hereditaria)? En caso afirmativo, descríbala.

¿El paciente tiene alguna dificultad con el habla y el lenguaje? En caso afirmativo, indíquelo acá.

¿Cómo describiría los hábitos alimenticios del paciente?

¿El paciente está vacunado contra las enfermedades contagiosas más comunes (tétano, sarampión, paperas, etc.)? Sí no

Si el paciente tiene la edad suficiente, indique si está vacunado contra el virus del papiloma humano (VPH) Sí no

SOLO PARA MUJERES : Usa métodos anticonceptivos? Si No

Está embarazada? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____ Está en el periodo de lactancia? Si es así, incluya la cantidad de semanas: _____

Marque la(s) casilla(s) correspondiente(s) de aquellas afecciones o problemas de salud que haya padecido o padezca el paciente en este momento:

trastorno de déficit de atención (TDA) o trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

varicela o lechina

hepatitis

convulsiones

alcoholismo o drogadicción

sinusitis crónica

VIH o SIDA

infección de transmisión sexual (ITS)

anemia

diabetes

vacunas incompletas

anemia drepanocítica

artritis

dolores de oído

problemas renales

problemas de tiroides

asma

epilepsia

problemas del hígado

fuma productos de tabaco o vapea

trastornos hemorragicos

problemas de crecimiento

mononucleosis

otro(a)s:

problemas de la vejiga

desmayos

sarampión

tuberculosis

problemas óseos o de las articulaciones

problemas auditivos

paperas

otro(a)s:

cáncer

problema del corazón

embarazo (adolescentes)

parálisis cerebral

soplo cardíaco

fiebre reumática

MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Marque con una "X" sus respuestas a la(s) pregunta(s) que se le hace(n) a continuación.

Sí no no lo sé

¿El paciente está tomando actualmente algún medicamento recetado, vitaminas, suplementos o medicamentos de venta libre?

En caso afirmativo, indíquelos aquí: _____

¿El paciente es alérgico a algún antibiótico (penicilina), analgésico (acetaminofén, ibuprofeno, opioides) o a algún otro medicamento?

En caso afirmativo, indíquelo y describa cuál fue la reacción cuando el paciente lo(s) tomó: _____

¿Sufre el paciente de alguna otra alergia, como al látex, metales, ciertos alimentos, animales, plantas, etc.?

En caso afirmativo, indique a qué es alérgico y cuál es la reacción ocasionada: _____

NOTA: entiendo que es importante que tanto el odontólogo como el paciente o su padre, madre o tutor sean lo más sinceros posible sobre la salud del paciente antes de que se le comience a hacer algún tratamiento dental. Respondí todas las preguntas que se me hicieron en la parte superior de la manera más completa y precisa. Entiendo que el odontólogo y su personal necesitan estos datos para atender al paciente de forma adecuada. Declaro estar facultado legalmente para autorizar la realización de cualquier procedimiento odontológico que necesite el paciente. Si por alguna razón dejo de tener dicha autoridad legal, notificaré al consultorio de inmediato a través de una carta por escrito.

Discutí con el odontólogo todas las dudas e interrogantes que tenía sobre este formulario; de modo que lo libro de toda responsabilidad, al igual que a cualquier miembro del personal, por algo que haya(n) hecho o no debido a algún error cometido mientras lo llenaba.

Firma del padre, de la madre o del tutor legal: _____ Fecha: _____

PARA USO DEL ODONTOLOGO (FOR COMPLETION BY DENTIST)

Comments: _____

Office Use Only: Medical Alert Premedication Allergies Anesthesia Reviewed by: _____ Date: _____

