



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

Programa de Servicios Odontológicos del Departamento de Salud y Servicios Humanos del condado de Montgomery

Formulario de antecedentes médicos y odontológicos del paciente

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? Si es así, describa lo ocurrido:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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 ¿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? Si es así, describa lo ocurrido y cuándo ocurrió:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El paciente practica algún deporte de contacto o realiza alguna actividad recreativa de movimiento? En caso afirmativo, describa qué actividad o deporte practica:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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? ¿A qué edad dejó de tomar leche materna? ¿A qué edad dejó de tomar biberón?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padece y desde cuándo la tiene?			
¿El paciente padeció alguna vez alguna enfermedad grave? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padeció y cuándo ocurrió?			
¿El paciente ha estado hospitalizado alguna vez? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Cuándo y por qué?			
¿Alguna vez le han puesto anestesia general al paciente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿Alguna vez le han hecho alguna transfusión de sangre al paciente? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿El paciente sangra de manera excesiva cuando se corta? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
¿Algún médico u odontólogo le ha sugerido alguna vez al paciente que tome antibióticos antes de hacerse tratamientos odontológicos? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, descríballo(a).			
¿El paciente padece alguna enfermedad genética (hereditaria)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, descríbala.			
¿El paciente tiene alguna dificultad con el habla y el lenguaje? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no			
Si el paciente tiene la edad suficiente, indique si está vacunado contra el virus del papiloma humano (VPH) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no			
SOLO PARA MUJERES : Usa métodos anticonceptivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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: <div><div><input type="checkbox"/> trastorno de déficit de atención (TDA) o trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH)</div><div><input type="checkbox"/> alcoholismo o drogadicción</div><div><input type="checkbox"/> anemia</div><div><input type="checkbox"/> artritis</div><div><input type="checkbox"/> asma</div><div><input type="checkbox"/> trastornos hemorrágicos</div><div><input type="checkbox"/> problemas de la vejiga</div><div><input type="checkbox"/> problemas óseos o de las articulaciones</div><div><input type="checkbox"/> cáncer</div><div><input type="checkbox"/> parálisis cerebral</div></div> <div><input type="checkbox"/> varicela o lechina</div> <div><input type="checkbox"/> sinusitis crónica</div> <div><input type="checkbox"/> diabetes</div> <div><input type="checkbox"/> dolores de oído</div> <div><input type="checkbox"/> epilepsia</div> <div><input type="checkbox"/> problemas de crecimiento</div> <div><input type="checkbox"/> desmayos</div> <div><input type="checkbox"/> problemas auditivos</div> <div><input type="checkbox"/> problema del corazón</div> <div><input type="checkbox"/> soplo cardíaco</div>			

☐ hepatitis☐ VIH o SIDA☐ vacunas incompletas☐ problemas renales☐ problemas del hígado☐ mononucleosis☐ sarampión☐ paperas☐ embarazo (adolescentes)☐ fiebre reumática☐ convulsiones☐ infección de transmisión sexual (ITS)☐ anemia drepanocítica☐ problemas de tiroides☐ fuma productos de tabaco o vapea☐ otro(a)s:☐ tuberculosis☐ otro(a)s: