

**FORMULARIO DENTAL DEL ADULTO**

Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:

¿Tiene usted un médico un médico primario?

☐ No

☐ Si Médico Primario:

Dónde se localiza su Médico Fecha del último examen

¿Cuál es su farmacia de preferencia? (nombre y dirección)

¿Cuál es su sexo? Masculino☐ Femenino ☐

# Historial de Embarazo

¿Está usted embarazada? No ☐ Si ☐ ¿Está amamantando? No ☐ Si ☐

¿Está usted tomando anticonceptivos (control de la natalidad)? No ☐ Yes ☐

# Historial Médico

¿Está usted) bajo tratamiento con un doctor especialista? No ☐ Si ☐

¿Ha estado usted hospitalizado, tenido alguna cirugía, o ha sido tratado en el departamento de emergencia? No ☐ Si ☐

¿ Tiene alguna discapacidad? No ☐ Si ☐

¿Ha tomado alguna vez terapia de bisforato (pastillas o inyecciones para fortificar los huesos como FosamaX, Boniva) para osteoporosis o cáncer?

No ☐ Si ☐

Por favor liste todos los medicamentos con y sin prescripción que está tomando, incluyendo cualquier medicamento como

vitaminas o suplementos de hierbas:

¿Ha tenido alguna vez problemas de sangrado prolongado después de un procedimiento quirúrgico? No ☐ Si ☐

# Por favor marque todo a lo que es alérgico

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Anestésicos Locales (ej. Lidocaína o Septocaína) |  |  | Goma Látex |  |
| Penicilina/Amoxicilina |  | Tinturas Rojas |  |
| Otros Antibióticos incluyendo Sulfa |  |
| Algún metal (ej. níquel, mercurio, plata, etc.) |  |
| Sedantes |  |
| Al ambiente/temporada |  |
| Aspirina |  |
| Otras Alergias |  |
| Codeína |  |
| Ninguna |  |
| Yodo |  |
|  | | |

**HISTORIAL DENTAL ADULTO**

**¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? Seleccione todas las que aplican**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Reflujo Acido |  | Enfisema |  | Leucemia |  |
| ADHD |  | Epilepsia/Convulsiones |  | Enfermedad de Hígado |  |
| SIDA/VIH |  | Desmayos |  | Osteoporosis |  |
| Anemia |  | Glaucoma |  | Terapia de Radiación |  |
| Artritis |  | Fiebre del Heno/alergias de temporada |  | Pérdida de Peso Reciente |  |
| Asma |  | Ataque al Corazón |  | Enfermedad de Transmisión Sexual |  |
| Autismo |  | Enfermedad Cardíaca |  | Problemas Estomacales/Intestinales |  |
| Problemas de cuello o espalda |  | Soplo al Corazón |  | Derrame |  |
| Coágulos sanguíneos |  | Cirugía de Corazón |  | Inflamación de los tobillos |  |
| Cáncer |  | Hepatitis |  | Problemas a la Tiroide |  |
| Marcapasos Cardíaco |  | Herpes Simpex Virus 1 |  | Tuberculosis |  |
| Quimioterapia |  | Ictericia |  | Ulcera |  |
| Dolor al pecho/Angina |  | Reemplazo de Articulaciones o Implante |  | Otros |  |
| Diabetes |  | Enfermedad Renal |  |  |  |
|  | | | | | |

9.5.25

# Historial del Fumador

Seleccione la opción que mejor describe su estatus de fumador Nunca☐ A diario☐ Anterior ☐ Ocasionalmente ☐

Seleccione el tipo(s) de producto de tabaco que usa o usaba en el pasado Cigarrillos☐ Cigarros ☐ Pipa ☐

¿Ha usado alguna vez productos de tabaco que no se fuman ? No☐ Si ☐

Seleccione el tipo(s) de producto de tabaco que usa o ha usado en el pasado Masticable☐ En polvo☐ Sin combustión☐

¿Cuántos cigarrillos fuma usted por día? Menos de una cajetilla ☐ 1 cajetilla diaria ☐ 2 cajetillas diarias ☐

¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar? (si es que aplica) ¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar?(si es que aplica) Por favor escoja la opción que mejor describe su condición actual de vapeo No Uso actualmente☐ Uso actualmente ☐ Declino contestar ☐

¿A qué edad comenzó a vapear? (si es que aplica)

¿Qué tan frecuentemente vapea? A diario ☐ Ocasionalmente ☐ Semanalmente ☐ Otro ☐

Si es otro, por favor describa:

# Historial de Alcohol/Drogas

¿Tiene usted un historial de desorden de uso sustancia o de alcohol ? No☐ Si☐ Bebe actualmente alcohol? No☐ Si ☐

¿Qué tan a menudo bebe alcohol? Nunca ☐ A diario ☐ Antes bebía☐ Ocasionalmente ☐

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume típicamente a la semana? (7 días y noches completas)

☐1-4/semana ☐15-21/semana

☐5-7/semana ☐22-28/semana

☐8-14/semana ☐>29/semana

¿Usa usted actualmente drogas por propósito recreacional?

No☐ Si☐

Selecciones qué drogas ha tomado con propósito recreacional

|  |  |
| --- | --- |
| Ninguna ☐ | Marijuana ☐ |
| Cocaína ☐ | MDMA (Ecstasy) ☐ |
| Heroína ☐ | Metanfetaminas ☐ |
| Inhalantes ☐ | Opioides ☐ |
| LSD ☐ | Otras/No listadas ☐ |

Si es otra no listada, por favor describa:

Historial Dental

¿Ha visto a un dentista en el pasado? No☐ Si☐

Nombre del dentista al que veía y dirección

Fecha del último examen dental (mes/año)

¿Tiene sensibilidad en los dientes a las bebidas frías o calientes? No☐ Si☐

¿Tiene dolor en algún diente? No☐ Si ☐

¿Aprieta o hace rechinar los dientes? No☐ Si ☐

¿Ha tenido alguna vez una lesión a la cabeza, cuello o mandíbula No☐ Si ☐