



Historial de salud dental

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cuál es la razón de la visita de hoy? _____

¿Está sufriendo dolor dental?

Si la respuesta es sí, proporcione detalles (dónde tiene el dolor, durante cuánto tiempo, etc.)



¿Presenta reacciones alérgicas a algún medicamento o al látex? Encierre en un círculo los que corresponden e indique cualquier otros.	Látex	Penicilina u otros antibióticos	
	Níquel	Acrílico	Metal
	Aspirina	Codeína	Yodo
	Anestésicos locales como la lidocaína		
	Otros:		

FOR STAFF USE ONLY

Blood Pressure _____

Pulse _____

Temperature _____

Weight _____

SpO2 (pulse oximeter) _____

Pt initials/DOB _____

Updated Date: _____

ver 9.16.21



Historial de salud dental

Responda las siguientes preguntas encerrando en un círculo SÍ o NO

Abuso como adulto (víctima)	Sí	No	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD en inglés)	Sí	No	Enfermedad de hígado	Sí	No
Abuso en su niñez (víctima)	Sí	No	Depresión	Sí	No	Meningitis	Sí	No
Trastorno por déficit de atención / Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD/ADHD en inglés)	Sí	No	Diabetes mellitus	Sí	No	Trastorno de salud mental	Sí	No
Alcoholismo	Sí	No	Adicción a las drogas	Sí	No	Historial de infección por SARM (MRSA en inglés)	Sí	No
Alergias	Sí	No	Enfisema/ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD en inglés)	Sí	No	Infarto de miocardio	Sí	No
Anemia	Sí	No	Glaucoma	Sí	No	Enfermedad en nervios/músculos	Sí	No
Ansiedad	Sí	No	Enfermedad de corazón	Sí	No	Osteoporosis	Sí	No
Artritis / trastorno en articulaciones	Sí	No	Insuficiencia cardiaca	Sí	No	Marcapaso (o desfibrilador)	Sí	No
Asma	Sí	No	Soplo en el corazón	Sí	No	Convulsiones / Epilepsia	Sí	No
Autismo			Endocarditis cardiaca	Sí	No	Anemia de células falciformes	Sí	No
Terapia con bisfosfonato	Sí	No	Historial de transfusiones de sangre	Sí	No	Enfermedades de Transmission Sexual (STD en inglés)	Sí	No
Fractura de mandíbula	Sí	No	VIH/SIDA (HIV/AIDS en inglés)	Sí	No	Úlceras en el estómago	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Hiperlipidemia	Sí	No	Accidente cerebrovascular	Sí	No
Cataratas	Sí	No	Hipertensión	Sí	No	Tuberculosis (TB en inglés)	Sí	No
Trastorno de coagulación	Sí	No	Enfermedad de riñones	Sí	No	Enfermedad de la tiroides	Sí	No
Defecto congénito de corazón	Sí	No						



Historial de salud dental

Soplo activo de corazón	Sí	No	Embarazada	Sí	No	Prótesis quirúrgicas	Sí	No
Trastornos sanguíneos	Sí	No	Si la respuesta es sí, indique la fecha estimada del parto			Cirugías de corazón	Sí	No
Hepatitis (A, B, C u otra)	Sí	No	¿Está bajo el cuidado de algún médico?	Sí	No	Tumores	Sí	No
Articulaciones artificiales (cadera / rodilla / tobillo / hombro / otra)	Sí	No	Si la respuesta es sí, ¿cuál es su nombre?			¿Ha tomado Fosamax, Actonel, o Boniva?	Sí	No
Válvulas artificiales del corazón (reemplazo de válvulas del corazón)	Sí	No	Problemas respiratorios	Sí	No	Angina (dolor en el pecho)	Sí	No
Fuego labial (herpes simple)	Sí	No	Herpes oral	Sí	No	Trastornos neurológicos	Sí	No
Historial de parestesia	Sí	No	Problemas en los senos paranasales	Sí	No	<i>Shunts</i> (derivadores)	Sí	No
Defectos de corazón			Cálculos (piedras) en los riñones	Sí	No	Escarlatina		
Apendicectomía	Sí	No	Cirugía cosmética	Sí	No	Cirugía de intestino delgado	Sí	No
Cirugía cerebral	Sí	No	Cirugía en los ojos	Sí	No	Cirugía de columna vertebral	Sí	No
Cirugía de senos	Sí	No	Cirugía por fractura	Sí	No	Extracción del tercer molar	Sí	No
Cirugía de revascularización coronaria (CABG en inglés)	Sí	No	Reparación de una hernia	Sí	No	Amigdalectomía	Sí	No
Colecistectomía	Sí	No	Reemplazo de articulación	Sí	No	Reemplazo de válvulas	Sí	No
Cirugía de colon	Sí	No	Cirugía de próstata	Sí	No	Vasectomía	Sí	No

¿Alguna otra enfermedad, problema de salud o cirugía no incluidas en la lista anterior? Especifique.	
--	--



Historial de salud dental

¿Fuma? Si la respuesta es sí, ¿cuánto al día? ¿Por cuánto tiempo?	Sí	No
¿Usa otros productos de tabaco? Si la respuesta es sí, ¿cuánto al día? ¿Por cuánto tiempo?	Sí	No
¿Toma alcohol? Si la respuesta es sí, ¿cuánto al día? ¿Por cuánto tiempo?	Sí	No
¿Usa drogas? Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de drogas? _____ ¿Por cuánto tiempo?	Sí	No

¿Se hace revisiones dentales con regularidad?	Fecha de su último examen:	
¿Tiene dificultad para abrir la boca?	Sí	No
¿Tiene dificultad para masticar?	Sí	No
¿Su mandíbula hace sonidos de chasquido, crujido o se traba?	Sí	No
¿Tiene historial de úlceras/lagas o tumores en la boca?	Sí	No
¿Aprieta o rechina los dientes?	Sí	No
¿Tiene la boca seca?	Sí	No
¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío?	Sí	No
¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o usa el hilo dental?	Sí	No
¿Se pone nervioso con los tratamientos dentales?	Sí	No
¿Ha sufrido una lesión grave en su cara o boca?	Sí	No
¿Ha tenido problemas durante tratamientos dentales o con el uso de anestésicos en el pasado?	Si la respuesta es sí, explique:	

¿Qué farmacia utiliza?		
¿Está tomando algún medicamento recetado, de venta libre o suplementos herbales? Si es así, indique a continuación:		
Nombre	Dosis	Razón de uso



Historial de salud dental

Responda las siguientes preguntas para todos los niños

¿Recibe su hijo(a) fluoruro de alguna de las siguientes fuentes?	Suplemento - Agua fluorada - Pasta de dientes Enjuague de fluoruro - Ninguno	
¿Se chupa el pulgar, dedo?	Sí	No
¿Un padre o adulto le ayuda a cepillarse los dientes?	Sí	No
¿Consume alimentos o bocaditos (<i>snacks</i>) azucarados? <i>Si la respuesta es sí, ¿qué y cuánto?</i>	Sí	No
¿Bebe alguna otra cosa además de agua o leche? <i>Si la respuesta es sí, ¿qué y cuánto?</i>	Sí	No
¿Se le da o daba un biberón o tacita para chupar mientras se queda dormido(a)?	Sí	No

En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido deprimido o triste, la mayor parte del día casi todos los días?	Nunca 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3
En las dos últimas semanas, ¿ha sentido menos interés/placer en sus actividades la mayor parte del día?	Nunca 0	Varios días 1	Más de la mitad de los días 2	Casi todos los días 3