

**Texas Woman's University
Programa de Higiene Dental**

Fecha: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Preferiría recibir correspondencia a través de: Llamada telefónica Correo electrónico Texto

Raza: Caucásico/Blanco Afroamericano o Negro Hispano o Latino Asiático o Asiático Americano

Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico Otra Raza

Sexo al nacer: Masculino Femenino Identidad de género: Masculino Femenino Transgénero No binario

Pronombre(s) preferido(s) o prefijo: _____ Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo

HISTORIAL MÉDICO

¿Tiene un médico de atención primaria/médico? Sí No

Nombre del médico u hogar médico y número de teléfono: _____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____

Responde las siguientes afirmaciones a continuación:

¿He tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello? Sí No ¿Estoy siguiendo una dieta especial? Sí No
¿Tengo antecedentes familiares de diabetes? Sí No He estado hospitalizado Sí No
¿Tengo antecedentes familiares de cáncer? Sí No ¿He tenido una cirugía? Sí No

SALUD MENTAL

Marque si tiene o ha tenido alguno de los siguientes durante más de 2 semanas.

Poco interés/placer/disfrute. Miedo de hablar de sus sentimientos. Sentirse triste o deprimido.
 Sentirse ansioso/inquieto/preocupado. Tuvo/tiene pensamientos de suicidio.

Si ha respondido afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, ¿buscó ayuda? Sí No

ESTADO DE SALUD

Mujeres, marque todas las que correspondan: Embarazadas/tratando de quedar embarazadas Lactando
 Tomando anticonceptivos orales N/A

¿Es alérgico a alguno de los siguientes? Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex
 Anestésicos locales Otras alergias

En caso afirmativo, tipo de reacción: _____

¿Utiliza sustancias controladas/ilegales? Sí No

Por favor, compruebe si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones a continuación.

SIDA / VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicamento de cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Drogadicción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Baja azúcar en la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desorden alimenticio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nerviosismo/Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina de pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos/Mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor de cabeza/cuello/espalda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diálisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación Artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque al corazón/Insuficiencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Condición/defecto del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problema sinusal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Carrera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alta presión sanguínea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Virus del papiloma humano	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de salud mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dolores en el pecho Sí No | Problema gastrointestinal Sí No | Presión arterial baja Sí No
 herpes labial Sí No | Problemas de riñon Sí No | Trastornos del sueño Sí No

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad/condición grave no mencionada anteriormente? _____

CUESTIONARIO DE MEDICAMENTOS

Enumere todos los medicamentos que toma, incluidos los recetados, a base de hierbas y de venta libre.

Medicamento	Razón para tomar	Medicamento	Razón para tomar

¿Cuál de los siguientes medicamentos enumerados anteriormente ha tomado antes de su cita con el dentista hoy? _____

CUESTIONARIO DENTAL

¿Cuál es el principal motivo de su visita hoy/principal preocupación? _____

Nombre del dentista y número de teléfono. _____

¿Tiene visitas regulares al dentista? si No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

¿Fecha y tipo de las últimas radiografías? _____ ¿Cuándo fue su último examen dental? _____

¿Cuándo fue tu última limpieza dental? _____

Por favor marque si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones a continuación

Morder/masticar labios o mejillas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas crónicos de ATM	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Usar tabaco sin humo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Necesita mejorar la ingesta de vitaminas/nutrientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Bebe solo agua embotellada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Las encías sangran al cepillarse los dientes o usar hilo dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Recibió una limpieza profunda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Perforaciones orales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dentaduras postizas o dentaduras postizas que calzan mal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Implantes dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Antecedentes familiares de enfermedad de las encías	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuve una mala experiencia dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apretar y/o rechinar los dientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Actualmente en dolor o malestar oral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Practica deportes de contacto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nervioso por el cuidado dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Historia del cáncer oral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Merienda con frecuencia a lo largo del día	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Antecedentes familiares de diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bebe agua del grifo SIN flúoruro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fumar tabaco o E-cig/Vape	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en una semana? _____ N/A

¿Cuántas bebidas alcohólicas en una sentada? _____ N/A

¿Está interesado en dejar de fumar (¿quiere dejar de fumar?) si No N/A

¿Qué tipo de cepillo de dientes usas? _____

¿Con qué frecuencia y cuándo te cepillas? _____ ¿Por cuánto tiempo te cepillas? _____

¿Utiliza una pasta de dientes con flúor? ¿Qué marca/tipo de pasta de dientes? _____

¿Usas enjuague bucal? En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

¿Te limpias entre los dientes? Si es así, con qué frecuencia y qué usa? _____

En general, ¿cómo calificaría la salud de sus dientes y encías? pobre justo Bueno Excelente

¿Qué importancia tiene para usted su salud bucal? No importante Algo importante Importante
 Muy importante Extremadamente importante

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la Clínica de Higiene Dental TWU de cualquier cambio en el estado médico. Si los pacientes son menores de 18 años, solicitamos que el padre/tutor permanezca en el campus mientras se brinda el tratamiento. El padre/tutor debe firmar para el paciente menor de 18 años.

Fecha	Firma del paciente/padre/tutor	Estudiante HD	Instructor

