

CUESTIONARIO DE SALUD
 Por favor, conteste SI/NO cuando proceda.

<u>NOMBRE Y APELLIDOS:</u>	
MOTIVO DE LA CONSULTA:	
¿Está usted siguiendo algún tratamiento médico? En caso afirmativo ¿cuál es su enfermedad?	
¿Ha tenido alguna enfermedad u operación importantes? En caso afirmativo ¿cuál ha sido?	
¿Ha estado Vd. hospitalizado? En caso afirmativo ¿Por qué?	
¿Tiene o ha tenido algún problema cardiaco? (infarto, soplo) En caso afirmativo especificar:	
¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad pulmonar? (Asma, enfisema, bronquitis) En caso afirmativo especificar:	
¿Tiene o ha tenido algún problema dermatológico? En caso afirmativo especificar:	
¿Ha tenido o tiene?	
Convulsiones	
Diabetes	
Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado	
Úlcera de estómago	
Problemas renales	
¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad infecciosa? En caso afirmativo especificar:	
¿Tiene usted osteoporosis? ¿Toma Bifosfonatos?	
¿Tiene o ha tenido problemas de coagulación sanguínea? En caso afirmativo especificar:	
¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de la sangre? (anemia, hemofilia)	
¿Ha recibido alguna vez tratamiento con cirugía o radioterapia para algún tumor, cáncer u otra enfermedad en la cabeza o cuello?	
¿Está tomando alguna pastilla o medicamento? En caso afirmativo especificar:	

¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a :	
Anestésicos locales	
Penicilina u otros antibióticos	
Aspirina u otros analgésicos	
Codeína u otros analgésicos fuertes	
METALES	
OTROS	

¿Es usted fumador/a? En caso afirmativo ¿Cuánto fuma?	
¿Es consumidor de alcohol? En caso afirmativo ¿Cuánto toma?	
¿Ha tenido algún problema serio antes relacionado con algún tratamiento médico o dental?En caso afirmativo ¿Cuál?	
¿Es portador de algún tipo de prótesis (de cadera, by-pass, marcapasos, válvula cardíaca)?En caso afirmativo ¿Cuál?	
HISTORIA SALUD BUCAL	
¿Le sangran las encías cuando se lava los dientes?	
¿Ha sentido dolor en las encías?	
¿Ha notado que sus dientes se han alargado?	
¿Ha notado recesión en las encías?	
¿Ha notado movilidad en los dientes?	
¿Ha recibido tratamiento periodontal (encías)?	
¿Ha recibido tratamiento ortodóntico (aparatos)?	
¿En alguna ocasión tiene la impresión de tener mal aliento?	
¿Se hace regularmente limpiezas de boca?	
¿Cuándo fue la última vez que acudió al dentista?	
¿Qué utiliza para cepillarse los dientes? Puede <u>subrayar</u> más de una opción: Manual/ eléctrico dentífrico Seda dental/superfloss/ cepillo interproximal Colutorio	
OTRAS PREGUNTAS	
¿Presenta dificultad y/o dolor al abrir la boca o bostezar?	
¿Tiene dolor o dificultad al masticar/hablar?	
¿Es consciente de apretar los dientes durante el día o la noche?	
¿Le han comentado alguna vez que ronca?	
Suele tener sensación de no descansar bien por la noche	
Suele tener somnolencia durante el día	
SI ES VD. MUJER POR FAVOR RESPONDA	
¿Está embarazada?	
¿Sospecha que pueda estarlo?	
¿Toma anticonceptivos?	

FECHA:
FIRMA.