

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.