



Nombre y Apellidos: Telf.:

Dirección: C.P.: Telf.:

Fecha de Nacimiento Estado Civil: N.I.F.:

Ocupación: Padre o responsable:

Médico de cabecera: Dr./a. Remitido por:

Motivo de su consulta:

E-mail: Grupo Sanguíneo:

Prioridades y expectativas:

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD:

¿Ha tenido o tiene usted?	si	no
Diabetes	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____
Hepatitis	_____	_____
Asma	_____	_____
Epiñepsia/Ataques	_____	_____
Cansancio al pasear	_____	_____
Presión arterial alterada	_____	_____
Hinchazón en los Tobillos	_____	_____
Alteraciones cardíacas	_____	_____
Dispositivos cardíacos	_____	_____
Dolores de cabeza importantes	_____	_____
Osteoporosis	_____	_____
Coagulación anómala, derrames	_____	_____
Retrasos en la cicatrización	_____	_____
Dolor en el pecho	_____	_____
Tendencias al desmayo o mareos	_____	_____
Enfermedades:		
transmisión sexual o VHI	_____	_____
del a sangre	_____	_____
de los nervios	_____	_____
renales	_____	_____
del tiroides	_____	_____
Fiebres reumáticas	_____	_____
Alergias	_____	_____
Mareos con la anestesia local	_____	_____
Shock alérgico	_____	_____
¿Ha visitado al médicos en los últimos 6 meses?	_____	_____
¿Ha sido tratado recientemente?	_____	_____
.....	_____	_____
¿Ha sido operado/a?	_____	_____
.....	_____	_____
¿Fuma?	_____	_____
¿Ingiere alcohol?	_____	_____
¿Está embarazada?	_____	_____
¿Toma anticonceptivos?	_____	_____
¿Enfermedades actuales?	_____	_____
.....	_____	_____
¿Enfermedades pasadas?	_____	_____
.....	_____	_____
¿Enfermedades familiares?	_____	_____
.....	_____	_____

CUESTIONARIO BUCO-DENTAL:

	A	B
¿Usted (A) o su familia (B) se ha tratado: ortodónticamente	_____	_____
endodónticamente	_____	_____
protéticamente	_____	_____
periodontalmente	_____	_____
quirúrgicamente	_____	_____
con obturaciones	_____	_____
¿Cuántas veces se limpia los dientes?	_____	_____
si	_____	_____
no	_____	_____
¿Su relación con el dentista es traumática?	_____	_____
¿Ha recibido algún golpe importante en la boca?	_____	_____
¿Malos hábitos dentales (utiliza la boca como herramienta, frío, calor, goloso entre horas)?	_____	_____
¿Cree que su higiene bucal es buena?	_____	_____
¿Utiliza métodos accesorios de limpieza sin ser el cepillo?	_____	_____
¿Le han enseñado a cepillarse?	_____	_____
¿Ha tenido dolor de muelas intenso?	_____	_____
¿Dolor después de una extracción?	_____	_____
¿Y hemorragia post-extracción?	_____	_____
¿Le sangran las encías fácilmente?	_____	_____
¿Ha observado movilidad dentaria?	_____	_____
¿Se le retiene comida entre los dientes?	_____	_____
¿Sequedad en la boca?	_____	_____
¿Úlceras en la boca con frecuencia?	_____	_____
¿Respira por la boca cuando duerme?	_____	_____
¿Dolor al abrir y cerrar la boca?	_____	_____
¿Tiene molestias al tragar?	_____	_____
¿Acostumbra a apretar los dientes?	_____	_____
¿Se levanta con sensación de tensión muscular en al cara?	_____	_____
¿Tiene costumbre de masticar por un solo lado de la boca?	_____	_____
¿Suele "chirriar" los dientes?	_____	_____

He entendido y respondido verazmente a todas las preguntas realizadas y aclarado las dudas que me pudieran haber suscitado.

Fecha y Firma del paciente o tutor

Firma del Doctor