

CUESTIONARIO DE INFORMACION PERIODONTAL DEL PACIENTE

Nombre _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono móvil _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Código postal _____ Número de teléfono en casa _____

Estado Civil : S C V D número de hijos _____ núm. de Licencia de conducir _____ Correo electrónico _____

Ocupación _____ Empleo _____ Núm. de Seguro Social _____

Domicilio de su trabajo _____ Núm. de teléfono _____

Nombre de la compañía de seguro dental _____ Núm. de grupo _____

Nombre de su esposo(a), nombre de Padre o Guardia si es menor _____ Ocupación _____

Núm. de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____

Empleo _____ Domicilio _____ Núm. de teléfono _____

Seguro dental de su esposo(a) _____ Num. de grupo _____

Recomendado por _____ Quien es su dentista actual _____ Por cuanto tiempo _____

Doctor actual _____ Ciudad _____ Ultima fecha de examen físico _____

Núm. de teléfono de su doctor _____ Nombre de un pariente cercano que no vive con usted _____ Núm. de teléfono _____

ORAL HISTORY / HISTORIAL ORAL

YES/SI NO

1. Present dental complaint/¿Presente quejar dental?..... ☐ ☐
2. Do your gums bleed? If so when? _____ /¿Tiene sangrado en las encías, Cuando? _____ ☐ ☐
3. Have you ever had a gum boil? / ¿Ha tenido abscesos en las encías?..... ☐ ☐
4. Are your gums sore or swollen? /¿Tiene las encías con dolor o inflamadas?..... ☐ ☐
5. Do you have an unpleasant taste or odor in your mouth?/¿Tiene sabor u olor desagradable en la boca? ☐ ☐
6. Are you missing any teeth? / ¿Le falta algún diente?..... ☐ ☐
- Reason: ☐ Cavities ☐ Gum Disease / Razon(es): ☐ Caries ☐ Gingivitis
- Were they replaced? / ¿Han sido reemplazados?..... ☐ ☐
7. When were teeth last cleaned? / ¿Cuando fue su ultima limpieza? _____ How long before that? / ¿Cuanto tiempo pasa entre cada limpieza? _____
8. How often do you brush your teeth? / ¿Cada cuando se cepilla los dientes? _____ When? / Cuando, mañana, tarde, noche? _____
- Hand toothbrush/ Cepillo manual () Electric/ Electrico () Is it: Soft/ Suave () Medium/ Mediana () Hard/ Dura ()
9. Are your teeth sensitive? /¿Tiene dientes sensibles? ☐ ☐
10. Have you ever had orthodontic treatment (braces)? / ¿Ha tenido algun tratamiento de ortodoncia (frenos)?..... ☐ ☐
11. Have you had periodontal treatment previously? **YES / NO** By whom? _____
- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de Periodontitis? **SI / NO** Por quien? _____

HEALTH HISTORY / HISTORIAL DE SALUD

1. Height /Altura _____ Weight /Peso _____ How is your general health? /¿Como es su salud en general?
- Good/ Buena / Fair /Balanceada / Poor/ Mala
2. Are you now being treated or have you been treated within the last year by a physician?/ ¿Esta en algún tratamiento médico actualmente o en el último año?..... ☐ ☐
3. If yes, please indicate for what / ¿Porque razón?.....
4. Have you ever had any surgery? / ¿Alguna cirugía?..... ☐ ☐
5. Are you now taking any medication, drugs, or pills? / ¿Esta tomando algún medicamento, droga o algún tipo de píldora? ☐ ☐
- If yes, please list those drugs / Por favor enliste sus medicamentos. _____
6. Have you taken cortisone or steroids within the last year? / ¿En los últimos 12 meses ha tomado esteroides o usado cortisona? ☐ ☐

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO PERIODONTAL

Tarifas del tratamiento: Todo pago debe de ser saldado al momento de recibir el tratamiento. Cualquier acuerdo de pago debe hacerse antes de comenzar el tratamiento. Los Seguros médicos serán enviados como cortesía. El asegurado es responsable de saber los beneficios de su seguro y cuanta cobertura ha sido utilizada en el año.

Tratamientos Alternos: En las siguientes recomendaciones el Doctor ha advertido que existen tratamientos alternos, que pueden incluir, no necesariamente limitados a: Limpieza de sarro, planeación de endodoncia, raspado quirúrgico, limpieza bucal, instrucciones de higiene bucal, evaluaciones, extracciones, dentaduras postizas, tratamientos para implantes y terapia consistente de mantenimiento.

Riesgos: El doctor notifica me que no existe ningún riesgo a la salud por este tratamiento. Si esta condición periodontal persiste y no es tratada o corregida entonces los riesgos serían los siguientes: Pérdida prematura de los dientes, necesidad de usar dentadura postiza, recesión de encías, mal aliento, inhabilidad para realizar higiene bucal adecuada, dientes flojos o sueltos, abscesos o infecciones, dolor, problemas para masticar, sensibilidad en los dientes, movimiento en los dientes y periodontitis grave.

Riesgos del tratamiento: También entiendo que en lindaje a cualquier procedimiento y por variaciones individuales ciertos riesgos están presentes en el tratamiento, incluyendo: Hinchazón temporal, sangrado, dolor intermitente, náusea, sensibilidad en los dientes a lo frío o lo caliente, recesión de encías, coronas expuestas, dificultad temporal para hablar, infección, dientes sueltos, impacto por la comida, terapia de endodoncia, dolor/trastorno en coyunturas.

Me han dado la oportunidad de hacer todas las preguntas sobre el tratamiento y todas las preguntas has sido respondidas con satisfacción antes de firmar este consentimiento

También entiendo que este procedimiento no tiene garantías, o garantía de éxito. Cada caso es impredecible, haciéndolo imposible conjeturar resultados. Los resultados terapéuticos serán siempre dependientes del cumplimiento del paciente. Entiendo que para un resultado exitoso y para aminorar los peligros de complicación debo seguir con cuidado las siguientes instrucciones: Excelente higiene bucal, citas consistentes de mantenimiento, una dieta apropiada y el uso de cualquier aparato necesario

Certifico que he leído y entendido esta autorización para el propuesto tratamiento, medicación o cirugía descrita en lo anterior. Acepto los riesgos en espera de obtener los resultados deseados.

[illegible]

7. Have you ever experienced an allergic or adverse reaction to any of the following? / ¿Ha tenido alguna vez en su vida alguna reacción alérgica o adversa a cualquiera de lo siguiente?

Aspirin /Aspirina: **YES/SI NO** Sleeping pills/ Somniferos: **YES/SI NO** LATEX ALLERGY/ ALERGIA AL LATEX: **YES/SI NO**
Codeine/ Codeína: **YES/SI NO** Penicillin/ Penicilina: **YES/SI NO** Dental anesthetics/ Anestesia Dental (Novocaine): **YES/SI NO**
Other drugs, antibiotics or medications? If yes, please list / Algún otro medicamento, anestesia o antibiótico? Favor de enlistar: _____

8. Are you taking or have you ever taken Bisphosphonates for Osteoporosis, Multiple Myeloma or other cancers? / ¿Alguna vez ha tomado o esta tomando Medicamento para

Osteoporosis, Mieloma múltiple o alguna otra enfermedad de cáncer? ☐ ☐

(Such as / Por ejemplo: Reclast, Fosamax, Actonel, Boniva, Aredia or Zometa)

9. Do you take Pre-medication? / ¿Toma algún tipo de pre medicamentos? ☐ ☐

10. Have you ever had? / ¿Ha sufrido alguna vez de?:

YES/SI	NO		YES/SI	NO		YES/SI	NO	
Heart trouble / Problemas de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	de radiación o Rayos X.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy / Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart attack / Infarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions / Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart murmur / soplo en corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If so, what is your HB/A1CT / Cual es su HB/A1C:			Arthritis / Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever / Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV Positive/ AIDS / SIDA o VIH positivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joint Replacement / Protesis articular o implante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High blood pressure / Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venereal Disease / Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (liver disease/ enfermedad de hígado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke/TIA / Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid or Parathyroid trouble / Problemas de Tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice / Ictericia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bleeding Problems / Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma / Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gastrointestinal Disorder / Transtorno Gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia or any abnormal blood counts / Anemia o conteo de células anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lung Disease / Enfermedad Pulmonar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers / Ulcera(s).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer, Tumor or Growth / cáncer, tumor o crecimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease / enfermedad del Riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiation or X-ray Treatment / Tratamientos								

11. Do you get up often at night to urinate? / Se levanta seguido a orinar durante la noche? ☐ ☐

12. Are you thirsty much of the time? / Tiene sed la mayor parte del tiempo? ☐ ☐

13. Has anyone in your family had diabetes? / Alguien de su familia tiene Diabetes? ☐ ☐

14. Do you consider yourself a nervous person? / Se considera una persona nerviosa? ☐ ☐

15. Do you smoke? / Usted es fumador? ☐ ☐

16. **FEMALES** Are you taking birth control pills? / **MUJERES** esta usando anticonceptivos? **YES/SI NO**

Are you pregnant at the present time? / Esta usted embarazada? YES/SI / NO If Yes, what month? / Que mes? _____

Date/Fecha _____ Signature/ Firma _____ Dr.'s Initials/ Iniciales del Doctor _____