Cordido Dental Pros

Your Healthy and Customized Smile.

HISTORIA MÉDICA Y DENTAL

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
Apellido Nombre Medio Mes/ Día / Año

Genero _____ Altura: _____ Peso: _____ Glucosa: _____ A1c (si diabetes): _____

Historia Medica

Condiciones Cardiovasculares
- ☐ Angina
- ☐ Aterosclerosis
- ☐ Valvula cardiac artificial
- ☐ Desfibrilador interno
- ☐ Ataque al corazon
- ☐ Soplo cardiaco
- ☐ Presion arterial alta
- ☐ Presion arterial baja
- ☐ Cardiopatias congenitas
- ☐ Prolapso de la valvula mitral
- ☐ Cirugia de bypass
- ☐ Marcapasos

Condiciones respiratorias
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Enfisema
- ☐ Bronquitis cronicas
- ☐ Asma
- ☐ Alergias estacionales
- ☐ Sinusitis
- ☐ EPOC

Condiciones gastrointestinales
- ☐ Transtornos del colon
- ☐ Diarrea persistente
- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Reflujo gastroesofagico
- ☐ Ulceras
- ☐ Desnutricion
- ☐ Ictericia
- ☐ Calculo o problemas de vesicular biliar
- ☐ Enfermedad del higado
  - ☐ Hepatitis A B C
  - ☐ Cirrosis

Condiciones endocrinas
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Other _____
- ☐ Condicion Paratiroideas
- ☐ Diabetes Tipo_____
- ☐ Hipoglicemia

Condiciones genitourinarias
- ☐ Problemas renales
- ☐ Infeccion urinarias
- ☐ Infeccion de la vejiga
- ☐ Dialisis

Enfermedad infecciosa
- ☐ Tipo _____

Cancer
- ☐ Sitio:_____
- ☐ Fecha de la cirugia: ____
- ☐ Quimio _____
- ☐ Radio _____

Condiciones de los huesos y las artoculaciones
- ☐ Osteoartritis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Traumatismos/fracturas frecuentes
- ☐ Problemas de ATM
- ☐ Cirugia de la mandibula

Anomalias hemorragicas
- ☐ Sangrado prolongado
- ☐ Anemia
- ☐ Enfermedad de celulas falciformes rasgo _____
- ☐ Hemofilia _____
- ☐ Transfusion de Sangre

Condiciones Neurologicas
- ☐ Epilepsia
- ☐ Convulsiones
- ☐ ACV
- ☐ Neuritis
- ☐ Neuralgia/tics
- ☐ Entumecimiento / Paralisis
- ☐ Dolores de cabeza Frequencia _____
- ☐ Migranas
- ☐ Desmayos repetidos
- ☐ Dolor facial cronico

Tratamient psicologico
- ☐ Depresion
- ☐ Ansiedad
- ☐ Transtorno de alimentacion
- ☐ Otro _____

Condiciones dermatologicas
- ☐ Erupcion cutanea cronica/recurrente
- ☐ Urticaria
- ☐ Psoriasis
- ☐ Eczema
- ☐ Otro_____

Condiciones Immunologicas
- ☐ SIDA o infección por HIV
- ☐ Artritis Reumatoide
- ☐ Inmunosupresion
  - ☐ Por enfermedad _____
  - ☐ Por drogas
  - ☐ Por radiacion
- ☐ Otro_____

Otro
- ☐ Victima de violencia domestica
- ☐ Glaucoma
- ☐ Trasnplante de Organos/ tejidos
- ☐ Sudores nocturnos
- ☐ Perdido de peso involuntaria
- ☐ Sitio de dolor cronico

Informacion Adicional de condiciones medicas

Medicos

Tiene Medico Principal? __ Si ___ No
Nombre de su médico:_____
Telefono: _____

Ha habido algún cambio en su salud en los últimos 5 años?
- ☐ Enfermedad _____
- ☐ Hospitalizacion _____

_____

Alergias

Es alérgico a alguno de los siguientes: anestésicos locales, penicilina / antibióticos, barbitúricos, sulfonamidas, látex, codeína u otros narcóticos, níquel? _____

Tipo of reacción_____

Otras Alergias: _____

Si	No	No se	
			¿Su médico le ha recomendado que tome antibióticos antes del tratamiento dental?
			¿Ha tenido un reemplazo total de articulación ortopédico? ¿Cuándo? _____
			¿Tiene un soplo cardíaco o antecedente de enfermedad cardíaca reumática?
			¿Ha tomado bifosponatos? ¿Cuánto tiempo?_____
			¿Ha tomado cortisona (esteroides) en los últimos 30 días?
			¿Usa o ha usado drogas recreativas (callejeras)? _____
			¿Ha recibido tratamiento por dependencia de sustancias químicas o alcohol? _____
			¿Ha consumido tabaco? Cantidad: _____ # años_____ ¿Paro de fumar? _____

(469) 466-2371 ★ team@cordidodentalpros.com ★ 7709 San Jacinto Pl. Ste 200. Plano, Texas. 75024

10/16/2026

Medicacion	Dosis/Dia	Primer uso	Razon

CIRUGIA (Incluya todas las cirugia a lo largo de la vida)		
Cirugia	Fecha	Comentarios

Historia Dental

¿Recibe atención dental de rutina? __ Si ___ No
Nombre del Dentista:_____
Teléfono: _____

Fecha de la última visita dental: _____
Última radiografía dental: _____

Motivo de la consulta _____
¿Algún dolor en su boca?:_____

Tratamiento Dental Recibido

- ☐ Orthodoncia (frenillos) _____
- ☐ Cirugia bucal (extracciones, etc) _____
- ☐ Periodoncia (tratamiento de las encias) _____
- ☐ Endodoncia (tratamiento de conducto) _____
- ☐ Restauraciones (empastes) _____
- ☐ Coronas y puentes _____
- ☐ Dentaduras parciales_____
- ☐ Dentaduras totales _____
- ☐ Implantes dentales_____

Situacion Dental Actual

¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Qué le gustaría cambiar? _____

¿Sensibilidad a la presión, calor, frío, dulce? _____

¿Tiene hinchazón (es) en la boca? _____

¿Siente que sus dientes se mueven? _____

¿Has sentido algún cambio en tu mordida? _____

¿Alguna vez ha tenido problemas con algun tratamiento dental? Por favor explique _____
_____
_____
_____

¿Existe alguna otra inquietud dental que no se haya discutido?
_____
_____
_____

CUESTIONARIO DEL SUEÑO Y RESPIRACIÓN PARAR NIÑOS Y ADULTOS

Por favor indique si el paciente ha experimentado o está experimentando actualmente alguno de los síntomas que se mencionan a continuación. Use la escala para indicar la frecuencia.

0 – No ocurre 1- Esporádicamente 2- De 2 a 4 veces por semana 3- De 5 a 7 veces por semana

___ Roncar
___ Ronquidos interrumpidos donde para de respirar
___ Respiración laboriosa, difícil o ruidosa por la noche
___ Falta de aire mientras duerme
___ Respira por la boca mientras duerme
___ Respira por la boca durante el día
___ Sueño inquieto
___ Rechina los dientes cuando duerme
___ Habla cuando está dormido
___ Sueño excesivo al dormir
___ Se despierta por la noche
___ Se despierta para ir al baño (_____ veces)
___ Moja la cama (actualmente)
___ Historia de mojar la cama
___ Se siente cansado, con sueño e irritable durante el día
___ Dolores de Cabeza

___ Infecciones de la garganta frecuentes
___ Respira por la boca mientras duerme
___ Alergias Estacionales
___ Infecciones de Oído o historia de infecciones del oído
___ Corto lapso de atención
___ Problemas para concentrarse
___ Dificultad para escuchar / A menudo interrumpe
___ Hiperactividad
___ ADD/ADHD
___ Problemas sensoriales
___ Dificultades con matemáticas en la escuela
___ Dificultad para leer en la escuela
___ Rechazo a ciertas comidas o ciertos tipos de alimentos

___ Problemas del Habla (Marque todo lo que aplique)
___ ¿Es difícil entender cuando habla?
___ ¿Es difícil entenderle por el teléfono?
___ ¿Habla nasal?
___ ¿Otros tienen dificultad para entenderlo?
___ ¿Se frustra cuando otros no le pueden entender?
___ ¿El sonido del habla suena diferente?
___ ¿Algunas veces omite consonantes?
___ ¿Usa los sonidos M,N,NG en vez de P,V,S,Z?
___ ¿Líquidos o sólidos pasan a la nariz cuando come o toma?

(469) 466-2371 ★ team@cordidodentalpros.com ★ 7709 San Jacinto Pl. Ste 200. Plano, Texas. 75024 10/16/2026

Higiene Oral

Tipo de cepillo de dientes que usa: __ Duro __ Med __ Suave __ Extra suave __ Eléctrico. Cepillado # _____ veces / día
Uso de hilo dental # veces / día: _____
Tipo de pasta de dientes: __Fluoruro __ Blanqueamiento ___ Control de tartar __ Otro _____

Otro fluoruro
____ Enjuague (OTC) ____ Receta __ gel ___ Pasta de dientes __ tabletas
Enjuague bucal # veces / día _____ Marca _____
Otro cuidado personal oral _____

Función salival
- ¿Su saliva se siente espesa o pegajosa?
- ¿Tiene la boca seca?
- ¿Tiene dificultad para masticar la comida?
- ¿Tiene dificultad para hablar?
- ¿Tiene exceso de saliva?

FIRMA DEL PACIENTE: Entiendo la necesidad de que estas preguntas sean respondidas con sinceridad. Hasta donde yo sé, las respuestas que he dado son precisas. También entiendo que es muy importante informar cualquier cambio o estado dental al dentista lo antes posible, y acepto hacerlo. Doy permiso al dentista para que obtenga de mi médico cualquier información adicional sobre mi historial médico necesaria para brindarme el mejor tratamiento dental posible.

Firma: _____ Fecha: _____

Si no es el paciente, indique su relación con el paciente: _____

(469) 466-2371 ★ team@cordidodentalpros.com ★ 7709 San Jacinto Pl. Ste 200. Plano, Texas. 75024