

## **Exercise I : Medical History**

**Instructions:** Please allow student to read the questions. The group leader will answer as the patient and help with pronunciation.

### **Axiom Medical History Questionnaire**

#### **Physicians Name, Address, and Phone Number**

- Nombre de médico, dirección, y número de teléfono
- ¿Proveerá documentación adicional que desearía ser incluida en su expediente de paciente?
- ¿Fue referido/a a esta clínica?
- ¿Requiere de cualquier acomodación especial? Requeire del uso de un intérprete?
- ¿Nació en un país fuera de los EEUU?
- ¿Vive en los EEUU pero no nació aquí?  
¿Durante cuantos años y meses ha vivido aquí?
- ¿En qué idioma prefiere comunicarse?
- ¿Cómo describiría su raza?
- ¿Cuál es su nivel de educación más alto?
- ¿Cuál es su ingreso total de casa?
- Actualmente, ¿con cuántas personas está viviendo?
- ¿Tiene tuberculosis activa?
- ¿Tiene toz persistente por más de 3 meses?
- ¿Tiene toz que produzca sangre?
- ¿Ha sido expuesto/a a alguien con tuberculosis?
- Como una institucion academica, uno requiere de el uso de cualquier tipo de extraccion que se haya hecho durante su cita para motivos educacionales y de investigacion. Ningun atento de reidentificacion será conducido. Si usted decide o no aceptar las condiciones, esto no afectara el tratamiento que recibirá en la facultad de odontología.

#### **Medical History / Historial Médico**

- ¿Cuál es su impresión de su salud?
- ¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico?  
Si es así, por favor explique.
- Fecha de su última visita al doctor.
- ¿Ha tenido algún cambio a su salud en el año pasado?  
Si es así, por favor explique.
- ¿Ha tenido alguna enfermedad seria, operación, o hospitalización en los últimos 5 años?  
Si es así, por favor explique.
- ¿Ha tenido algún trasplante de órgano?
- ¿Ha tenido cirugía a corazón abierto?
- ¿Le ha recomendado su doctor médico que tome antibióticos antes del tratamiento dental?  
Por favor explique.
- ¿Ha tenido un remplazamiento total de coyuntura ortopédica?
- Otras condiciones coyunturales:
  - Por favor explique.
- ¿Se le ha diagnositcado cancer alguna vez?
  - Si es así, por favor especifique lugares y fechas de sus últimos diagnositocs.
  - ¿Se le diagnositco un cancer maligno?
  - ¿Ha recibido algun tratamiento de radiación o quimioterápia?
    - Por favor especifique los detalles de su tratamiento
- ¿Está tomando, o ha sido recetado/a cualquiera de las siguientes medicaciones de metabolismo óseo?  
(List in Axiom, names don't really change)
  - ¿Usa drogas recreativas?  
¿Cúando fue la última vez que consumió alguna droga? ¿Cada cuánto la consume?
- ¿Toma cualquier tipo de alcohol diario?
  - ¿Cuánto toma?
- ¿Ha sido tratado/a por la dependencia al alcohol o drogas?
- ¿Ha usado tabaco en los últimos 3 meses?
- Sufre de algún otro problema, ó enfermedad que no haya sido mencionada anteriormente?

#### **Allergies / Alergias**

- ¿Es usted alérgico/a a algún medicamento?
  - Por favor especifique cualquier otro tipo de alergia que usted sufra.

### **Females Only / Solo para Mujeres**

- ¿Ya paso por la menopausia o ha tenido una histerectomía?
- ¿Está embarazada?
- ¿Está actualmente dando pecho?
- ¿Está actualmente tomando anticonceptivos?

### **Physical Examination / Examinación Física**

- ¿Cuánto es su altura?
- ¿Cuánto es su peso?

### **Systems Review / Revisión de los Sistemas**

- ¿Tiene algún problema cardiovascular?
- ¿Tiene algún problema respiratorio?
- ¿Tiene algún problema gastrointestinal?
  - Reflujo
  - Algún otro malestar?
- ¿Tiene algún problema hormonal?
- ¿Tiene algun problema con sus riñones?
- ¿Tiene algun problema de próstata? – For males
- ¿Se le ha diagnositcado cáncer alguna vez?
  - Si es así, por favor especifique lugares y fechas de sus ultimos diagnositocs.
  - ¿Se le diagnositco un cancer maligno?
  - ¿Ha recibido algun tratamiento de radiación?
    - Por favor especifique los detalles de su tratamiento
- ¿Tiene algun problema de coagulación?
- ¿Sufre de algún problema neurológico?
- Actualmente, ¿está bajo tratamiento psicológico?
- ¿Sufre de algún problema dermatológico?
- ¿Tiene alguna infección grave?
- ¿Sufre de algún malestar en su cabeza, ojos, oídos, nariz, o garganta?
- ¿Tiene algún desorden alimenticio?
- ¿Hay algún historial de diabetes en su familia?
- ¿Hay algún historial de problemas cardiovasculares en su familia?
- ¿Hay algún historial de cáncer en su familia?
- Se siente seguro/a usted en su hogar?

### **End of Exercise I**

**Extra: Vocabulary for Systems Review / Vocabulario para Revisión de Sistemas**

**Condiciones Cardiovasculares**

- Angina Pectoral (Dolor del Pecho)
- Aterosclerosis
- Válvula de corazón artificial
- Desfibrilador interno
- Ataque del corazón
- Soplo cardíaco
- Presión arterial alta
- Presión arterial baja
- Defectos cardíacos congénitos
- Prolapso de la válvula mitral
- Cirugía de bypass de corazón
- Marcapasos

**Condiciones Respiratorias**

- Tuberculosis
- Enfisema
- Bronquitis crónica
- Asma
- Alergias de temporada
- Sinusitis

**Condiciones Gastrointestinales**

- Trastornos del colon
- Diarrea persistente
- Dificultad al tragar
- Reflujo ácido (agruras)
- Ulceras
- Malnutrición
- Ictericia (Piel Amarillenta)
- Problemas/Piedras en la vesícula
- Hepatitis
- Cirrosis
- Cualquier otra condición del hígado

**Condiciones Endocrinas**

- Problemas de la tiroides
- Enfermedad en la paratiroides
- Diabetes
- Hipoglucemia (Nivel bajo de azúcar)

**Condiciones Genitourinarias**

- Problemas del riñón
- Diálisis
- Infección de la vejiga

**Enfermedades de Transmisión Sexual**

- Gonorrea
- Sífilis
- Clamidia
- Herpes
- Piojos púbicos

**Cáncer**

- ¿Alguna vez ha sido diagnosticado con cáncer?
- ¿Se requirió cirugía?
- ¿Tuvo que recibir tratamientos de quimioterapia?
- ¿Está actualmente siendo sometido/a a tratamiento de quimioterapia?
- ¿Recibió terapia de radiación?
- ¿Está actualmente siendo sometido/a a tratamiento de radiación?

**Condiciones Oseas y Articulares**

- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Trauma/Fracturas Frecuentes
- Problemas de la ATM (Articulación temporomandibular)
- Cirugía de la quijada

**Trastornos de la Sangre**

- Sangrado prolongado
- Anemia
- Enfermedad de células falciformes
- Hemofilia
- ¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre?

**Condiciones Neurológicas**

- Epilepsia
- Convulsiones/Ataques
- Ataque fulminante
- Neuritis
- Neuralgia
- Entumecimiento/Parálisis
- Dolores de cabeza severos/frecuentes
- Migrañas
- Desmayos repetidos
- Dolor facial crónico
- Otro

**Tratamiento Psicológico**

- Depresión
- Trastornos de ansiedad o pánico
- Otros trastornos psicológicos

**Condiciones Dermatológicas**

- Salpullido en la piel crónico/recurrente
- Urticaria
- Psoriasis
- Eczema
- Otro

**Condiciones Inmunes**

- +VIH
- VIH/SIDA
- Carga Viral
- Conteo CD4
- Artritis reumatoide
- Inmunosupresión y toda otra información permanecerá como se muestra

**Otro**

- Víctima de violencia doméstica
- Glaucoma
- Trasplante de Órgano/Tejidos
- Sudores Nocturnos
- Pérdida de peso involuntaria
- Dolor crónico

**Pre-medicación**

- ¿Requiere de algún medicamento antes de sus visitas dentales?

**Alergias**

- ¿Es alérgico/a a cualquiera de los siguientes medicamentos?

- Acetaminofén
- Amoxicilina
- Benadryl
- Codeína
- Productos Lácteos
- Darvon
- Ibuprofeno
- Látex
- Anestésico local
- Lortab/Vicoden
- Menta
- Níquel
- Cacahuates y productos de cacahuates
- Pediazole
- Penicilina
- Medicamentos con sulfa
- Azufre
- Liste cualquier otra alergia

**Firme aquí por favor**

---

# **Dental History**

## **Dental History**

- ¿Cuál es el motivo de su visita?
- ¿Cómo describiría su problema dental?
- Está insatisfecho/a con su sonrisa dental o con la apariencia de sus dientes?
- ¿Le preocupa perder sus dientes?
- ¿Está recibiendo cuidados dentales regularmente?
- ¿Cuándo fue su última visita dental?
- ¿Cuál fue el motivo de su última visita dental?
- ¿Está sintiendo algún malestar dental en estos momentos?

## **Have any of the following prevented you from seeking dental care?**

- De 1 al 10, ¿cómo consideraría su miedo al visitar al dentista?
- ¿Tiene alguna pregunta o duda sobre su salud dental?
- ¿Ha tenido algún problema o alguna mala experiencia con sus tratamientos dentales en el pasado?
- ¿Tomó agua con fluoruro de pequeño/a?

## **Hygiene Practices**

### **Type of Toothbrush**

- ¿Se cepilla los dientes todos los días?
- ¿Hace uso del hilo dental todos los días?
- ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o cuando usa el hilo dental?
- ¿Hay algún obstáculo que le prevenga de cuidar de su salud dental?
- ¿Se le queda comida atrapada, o e le queda el hilo dental atrapado entre los dientes regularmente?

### **What type of toothpaste do you typically use?**

- ¿Qué marca de pasta dental usa regularmente?
- ¿Usa fluoruro regularmente?
- Si usted usa un enjuague bucal regularmente, ¿cuántas veces al día lo ocupa?
- ¿qué marca de enjuague bucal usa?
- ¿Qué otros productos o métodos practica usted para cuidar de su higiene bucal?

### **Indicate any past major treatment**

- ¿Está feliz con su sonrisa dental?
  - Si no está satisfecho/a su sonrisa, ¿qué es lo que no le gusta?
- ¿Siente sensibilidad en sus dientes?
- ¿Siente alguna molestia al masticar? ¿Tiene algún problema al masticar?
- ¿Tiene alguna hinchazón en su boca o alrededor de su boca?
- ¿Siente usted que tiene mal aliento o siente sabores metálicos en su boca?

- ¿Tiene algún dolor de cabeza, dolor en el oído o dolores en el cuello?
- ¿Siente algún sonido, o alguna molestia al abrir y cerrar la boca?
- ¿Aprieta mucho sus dientes durante el día o durante la noche? ¿sufre de bruxismo?
- ¿Tiene alguna llaga en boca o alguna úlcera?
- ¿Se le ha caído un diente o ha perdido algún diente que no haya sido por medio de una extracción?
- ¿Tiene un historial de extracciones por motivos estéticos, implantes, o por problemas con la articulación temporomandibular (TMJ)?
- ¿Le han dado una anestesia local por motivos dentales?
- ¿Siente usted que sus dientes se están moviendo?
- ¿Siente usted que alguno de sus dientes están flojos o sueltos?
  - ¿siente más movilidad en algunos dientes que en otros?
- ¿Practica algún deporte?
- ¿A sufrido algún golpe traumático en su cabeza o en la boca?

### **Dentures**

- ¿Cuándo tiempo lleva usando una dentadura?
- ¿Cuántos años lleva usted con esta dentadura?
- ¿Cuántas dentaduras ha usado en el pasado?
- ¿Cuál es el motivo para el remplazo de su dentadura?

### **Salivary Function**

- ¿Siente que saliva es muy gruesa?
- ¿Siente que su boca está seca?
- ¿Tiene alguna dificultad al masticar su comida?
- ¿Tiene algún problema al pasar la comida?
- ¿Tiene algún problema al hablar?
- ¿Siente usted un exceso de saliva en su boca?