

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS
Usa lentes de contacto?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____				
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____				
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Sí	No	NS
Anestésicos locales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa sustancias reguladas (drogas)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, le interesaría dejar de hacerlo?				
Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA				
Bebe bebidas alcohólicas?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?				
Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?				
SÓLO MUJERES Está usted:				
Embarazada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de semanas: _____				
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amamantando?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.						
		Sí	No	NS		
Válvula cardíaca artificial (prótesis)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	
Previa endocarditis infecciosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	
Válvulas dañadas en corazón transplantado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico	
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma	
ECC cianótica, sin reparar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	
ECC reparada con defectos residuales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.					Tuberculosis	
					Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia	
Sí		No	Sí	No	Sí	No
Enfermedad cardiovascular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo	
Angina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico	
Arterioesclerosis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	
Insuficiencia cardíaca congestiva		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación	
Daño en las válvulas cardíacas ...		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición	
Infarto del miocardio		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	
Soplo en el corazón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente ..	
Presión arterial baja		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras	
Presión arterial alta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides	
Otros defectos congénitos del corazón		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	
Prolapso de la válvula mitral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	
Marcapasos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	
Fiebre reumática		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	
Enfermedad cardíaca reumática		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos ..	
Sangramiento anormal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	
Anemia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____	
Transfusión sanguínea		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño	
Si es así, fecha: _____					Usted ronca?	
Hemofilia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales	
SIDA o infección por VIH		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique: _____	
Artritis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	
					Tipo de infección: _____	
					Alteraciones renales	
					Sudor nocturno	
					Osteoporosis	
					Inflamación persistente de los ganglios del cuello	
					Cefaleas graves/jaquecas	
					Pérdida de peso severa o rápida ..	
					Enfermedades venéreas	
					Orina en forma excesiva	

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: *Incluya código del área* ()

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: _____

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____
