

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		Sí No NS
Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?	<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"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?		Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA	
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"/>	Bebe bebidas alcohólicas?	<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"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?	
Fecha del comienzo del Tratamiento:		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"/>

Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:	Sí No NS	Metales	Sí No NS
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Látex (goma)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anestésicos locales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yodo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aspirina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/estacional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Animales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alimentos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sulfas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos	<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		Sí No NS		Sí No NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Glaucoma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)		Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si es así, especifique:	
ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.		Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usted ronca?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sí No NS	Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique:	
Angina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dolor crónico	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipo de infección:	
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones renales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Malnutrición	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sudor nocturno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Úlceras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Orina en forma excesiva	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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: _____