

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.

<p>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente anti-resortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente anti-resortivo (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"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p>	<p>Usa sustancias reguladas (drogas)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</p> <p>Bebe bebidas alcohólicas?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO MUJERES Está usted:</p> <p>Embarazada?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	---

<p>Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Metales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/estacional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
--	---

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"/>
		Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Usted ronca?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Cáncer/Quimioterapia/radioterapia.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Dolores de pecho por esfuerzo.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Especifique: _____	
		Dolor crónico.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes.....	<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: _____	
		Trastornos de alimentación.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alteraciones renales.....	<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"/>
		Enfermedad gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<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"/>
		Úlceras.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas.....	<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"/>
		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: _____
