

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, hipercalemia 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	Sí No NS
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Metales _____
Anestésicos locales _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Látex (goma) _____
Aspirina _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yodo _____
Penicilina u otros antibióticos _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/estacional _____
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Animales _____
Sulfas _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alimentos _____
Codeína u otros narcóticos _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Otros _____

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"/>
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>			Tuberculosis.....	Usted ronca?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sí No NS	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: _____
