

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 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"/></p> <p>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"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</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 style="text-align: right;">Sí No NS</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? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</i></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>Sí No NS</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>	<p style="text-align: right;">Sí No NS</p> <p>Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Derrame cerebral <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
Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad autoinmune <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"/>			
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"/>			
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma <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"/>			
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"/>			
ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sinusitis <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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
SÍ No NS				Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <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"/>			
Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolor crónico <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"/>			
Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Trastornos de alimentación <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"/>			
Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad gastrointestinal <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"/>			
Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Úlceras <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"/>			
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"/>			

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: _____
