

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"/> |
| Metales | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Látex (goma) | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yodo | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Polen (fiebre del heno)/estacional | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Animales | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alimentos | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros | | <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"/> |
| Previa endocarditis infecciosa | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Válvulas dañadas en corazón transplantado | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca congénita (ECC) | | | | |
| ECC cianótica, sin reparar | | <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"/> |
| ECC reparada con defectos residuales | | <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. | | | | |
| | | Sí | No | NS |
| Enfermedad cardiovascular | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arterioesclerosis | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Daño en las válvulas cardíacas ... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infarto del miocardio | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Soplo en el corazón | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial baja | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presión arterial alta | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros defectos congénitos del corazón | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prolapso de la válvula mitral | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Marcapasos | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fiebre reumática | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad cardíaca reumática | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sangramiento anormal | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anemia | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Transfusión sanguínea | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, fecha: _____ | | | | |
| Hemofilia | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SIDA o infección por VIH | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad autoinmune | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artritis reumatoidea | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lupus eritematoso sistémico | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bronquitis | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfisema | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sinusitis | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de pecho por esfuerzo | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor crónico | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Tipo I o II | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trastornos de alimentación | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Malnutrición | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad gastrointestinal | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reflujo G.E./ardor persistente .. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Úlceras | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones de la tiroides | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Derrame cerebral | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desmayos o ataques epilépticos .. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones neurológicas | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, especifique: _____ | | | | |
| Alteraciones del sueño | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usted ronca? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alteraciones mentales | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Especifique: _____ | | | | |
| Infecciones recurrentes | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tipo de infección: _____ | | | | |
| Alteraciones renales | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sudor nocturno | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Osteoporosis | | <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"/> |
| Cefaleas graves/jaquecas | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pérdida de peso severa o rápida .. | | <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? | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: | | | | Teléfono: <i>Incluya código del área</i> () |
| Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? | | | | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| 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:
