

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

AUNQUE EL PERSONAL DENTAL TRATA PRINCIPALMENTE EL ÁREA INTERNA Y ALREDEDOR DE LA BOCA, ÉSTA ES PARTE DEL CUERPO EN SU TOTALIDAD. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PUEDE TENER, O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, PODRÍAN TENER UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIRÁ. GRACIAS POR RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. ¿ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD?	☐	☐	10. ¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE?	☐	☐
2. ¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?	☐	☐	11. ¿HA BAJADO RECIENTEMENTE DE PESO?	☐	☐
3. FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____			12. ¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FEN-PHEN/REDUX?	☐	☐
4. NOMBRE DEL MÉDICO _____			13. ¿FUMA TABACO?	☐	☐
DIRECCIÓN _____			14. ¿USA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS?	☐	☐
NO. DE TELÉFONO _____			15. ¿ESTÁ USANDO LENTES DE CONTACTO?	☐	☐
5. ¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO?	☐	☐	16. ¿TIENE TOS O ACLARACIÓN PERSISTENTE DE LA GARGANTA NO ASOCIADA CON UNA ENFERMEDAD CONOCIDA (QUE HAY A DURADO MÁS DE TRES SEMANAS)?	☐	☐
6. ¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ENFERMEDAD GRAVE?	☐	☐	17. ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA QUE NO SE HAYA INDICADO ANTES QUE CREA QUE DEBA SABER?	☐	☐
EXPLIQUE. _____					
7. ¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO(S) INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA?	☐	☐	SÓLO MUJERES:		
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? _____			¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDA ESTARLO? ..	☐	☐
8. ¿HA TENIDO ALGUNA HEMORRAGIA ANORMAL?	☐	☐	¿ESTÁ AMAMANTANDO?	☐	☐
9. ¿SE HACE MORETONES CON FACILIDAD?	☐	☐	¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?	☐	☐

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIONES A:			RONCHAS O SARPULLIDOS?	☐	☐
ANESTESIA LOCAL COMO LA NOVOCÁINA?	☐	☐	EPISODIOS DE DESMAYOS O MAREOS?	☐	☐
PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO?	☐	☐	DIABETES?	☐	☐
MEDICAMENTOS CON SULFA?	☐	☐	SIDA O INFECCIÓN DE VIH?	☐	☐
BARBITÚRICOS, SEDANTES O PÍLDORAS PARA DORMIR?	☐	☐	PROBLEMAS A LA TIROIDES?	☐	☐
ASPIRINA?	☐	☐	ALERGIAS?	☐	☐
YODO?	☐	☐	ARTRITIS O REUMATISMO?	☐	☐
ALGÚN METAL (POR EJEMPLO, NÍQUEL, MERCURIO, ETC.)?	☐	☐	IMPLANTE O REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN?	☐	☐
LÁTEX/GOMA?	☐	☐	ÚLCERA ESTOMACAL?	☐	☐
OTROS (INDIQUE) _____			PROBLEMAS AL RIÑÓN?	☐	☐
¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE:			TUBERCULOSIS?	☐	☐
CARDIOPATÍA REUMÁTICA O FIEBRE REUMÁTICA?	☐	☐	TOS PERSISTENTE?	☐	☐
FIEBRE ESCARLATINA?	☐	☐	TOS CON SANGRE?	☐	☐
DEFECTO CARDIACO O SOPLO CARDIACO?	☐	☐	QUIMIOTERAPIA (CÁNCER, LEUCEMIA)?	☐	☐
PROBLEMAS CARDIACOS, ATAQUE CARDIACO O ANGINA?	☐	☐	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?	☐	☐
DOLOR EN EL PECHO?	☐	☐	EPILEPSIA O CONVULSIONES?	☐	☐
PROBLEMAS PARA RESPIRAR?	☐	☐	ANEMIA?	☐	☐
MARCAPASOS?	☐	☐	GLAUCOMA?	☐	☐
CIRUGÍA CARDIACA?	☐	☐	NERVIOSISMO?	☐	☐
PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA?	☐	☐	AMIGDALITIS?	☐	☐
PROBLEMA CONGÉNITO DEL CORAZÓN?	☐	☐	TUMORES?	☐	☐
HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS, MANOS?	☐	☐	ATENCIÓN DE SALUD MENTAL?	☐	☐
HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA?	☐	☐	PROBLEMAS LUMBARES?	☐	☐
DERRAME CEREBRAL?	☐	☐	DEPENDENCIA DE FÁRMACOS?	☐	☐
PROBLEMAS SINUSALES?	☐	☐	PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL?	☐	☐
PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS?	☐	☐	TRATAMIENTO CON CORTISONA?	☐	☐
ASMA O FIEBRE DEL HENO?	☐	☐	HERPES LABIAL/AMPOLLAS POR FIEBRE?	☐	☐
			HIPOGLUCEMIA?	☐	☐
			TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN?	☐	☐

ITEM 081-4608/18623

NÚMERO DEL PACIENTE _____

ANTECEDENTES MÉDICOS