

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si bien el personal dental trata principalmente el área de la boca y sus alrededores, la boca forma parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que usted pudiera tener, así como los medicamentos que pudiera estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que usted ha de recibir. Le agradecemos contestar las siguientes preguntas.

¿Se encuentra bajo tratamiento médico en estos momentos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo: _____
¿Se le ha hospitalizado alguna vez o se la ha hecho una operación mayor?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo: _____
¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo: _____
¿Está tomando algún medicamento, píldoras o fármacos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo: _____
¿Está tomando o ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo: _____
¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo: _____
¿Se encuentra en una dieta especial?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
¿Usa tabaco?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
¿Usa sustancias bajo control?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	En caso afirmativo: _____

**Mujeres: ¿Está usted...**

- Embarazada o tratando de quedar embarazada?       Amamantando?       Tomando anticonceptivos orales?

**¿Es alérgico(a) a cualquiera de los siguientes?:**

- Aspirina       Penicilina       Codeína       Acrílicos  
 Metálico       Látex       Sulfamida       Anestésicos locales  
 Otros: \_\_\_\_\_

**Tiene o ha tenido cualquiera de lo siguiente:**

SIDA/VIH positivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Medicina con cortisona	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hemofilia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamiento de radiación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimers	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis A	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Pérdida de Peso Reciente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Adicción a las drogas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dialisis renal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cansancio rápido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre reumática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Angina de corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión arterial alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Colesterol alto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre escarlatina	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula artificial en el corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Urticaria o erupción	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes Zóster	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulación artificial	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed excesiva	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de células falciformes	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Desmayos o mareos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Latido irregular	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad sanguínea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tos frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problema en los riñones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina Bífida	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusión sanguínea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad intestinal	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor de cabeza frecuente	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad Hepática	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Derrame cerebral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Se moretea con facilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes genital	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión arterial baja	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hinchazón de las extremidades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de los pulmones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de la tiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre de heno	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Amigdalitis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolor de pecho	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque o falla de corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Osteoporosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Ampollas labiales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor en articulaciones de la mandíbula	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad congénita del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marcapasos en el corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad en la paratiroides	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Úlceras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Convulsiones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Problemas o enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad venérea	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
						Ictericia amarillo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no se ha listado aquí?  Si  No En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Según mi mejor conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con exactitud. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental sobre cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre de familia o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_