

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nombre del paciente _____ Apodo _____ Edad _____
 Nombre del médico / y su especialidad _____
 Exploración física más reciente _____ Objetivo _____
 ¿Cómo cree que es su salud en general? Excelente Buena Normal Mala

TIENE o HA TENIDO ALGUNA VEZ:

SÍ NO

SÍ NO

1. hospitalización por enfermedad o lesión _____
2. una reacción alérgica a
 - aspirina, ibuprofeno, paracetamol, codeína
 - penicilina
 - eritromicina
 - tetraciclina
 - sulfonamida
 - anestesia local
 - flúor
 - metales (níquel, oro, plata, _____)
 - látex
 - otro _____
3. problemas de corazón o stent cardíaco en los últimos seis meses
4. antecedentes de endocarditis infecciosa
5. válvula cardíaca artificial, defecto de corazón reparado (persistencia del agujero oval, PFO por sus siglas en inglés)
6. marcapasos o desfibrilador implantable _____
7. implante ortopédico (sustitución de articulación) _____
8. fiebre reumática o escarlatina _____
9. tensión arterial alta o baja _____
10. un accidente cerebrovascular (toma diluyentes de la sangre) _____
11. anemia u otros trastornos sanguíneos _____
12. hemorragia prolongada debida a un pequeño corte (INR > 3,5) _____
13. enfisema, falta de aliento, sarcoidosis _____
14. tuberculosis, sarampión, varicela _____
15. asma _____
16. problemas respiratorios o de sueño (es decir, apnea del sueño, ronquidos, sinusitis)
17. enfermedad renal _____
18. enfermedad hepática _____
19. ictericia _____
20. tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio _____
21. deficiencia hormonal _____
22. colesterol alto o toma estatinas _____
23. diabetes (HbA1c = _____)
24. úlcera de estómago o duodenal _____
25. trastornos digestivos (es decir, enfermedad celíaca, reflujo gástrico)
26. osteoporosis / osteopenia (es decir, toma bifosfonatos) _____

27. artritis _____
28. enfermedad autoinmunitaria _____
(es decir, artritis reumatoide, lupus, esclerodermia)
29. glaucoma _____
30. lentes de contacto _____
31. lesiones en la cabeza o el cuello _____
32. epilepsia, convulsiones (crisis) _____
33. trastornos neurológicos (TDA/TDAH, enfermedad de priones) _____
34. infecciones virales y herpes labial _____
35. cualquier bulto o hinchazón en la boca _____
36. urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno _____
37. ITS / ETS / VPH _____
38. hepatitis (tipo _____) _____
39. VIH / SIDA _____
40. tumor, neoplasia anormal _____
41. terapia de radiación _____
42. quimioterapia, medicamentos inmunosupresores _____
43. dificultades emocionales _____
44. tratamiento psiquiátrico _____
45. medicamentos antidepresivos _____
46. uso de alcohol / drogas recreativas _____

USTED:

47. está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad _____
48. es consciente de un cambio en su salud en las últimas 24 horas (es decir, fiebre, escalofríos, tos nueva o diarrea) _____
49. está tomando medicamentos para controlar el peso _____
50. está tomando complementos alimenticios _____
51. está a menudo agotado o fatigado _____
52. sufre dolores de cabeza frecuentes _____
53. es fumador, fumó anteriormente o usa tabaco sin humo _____
54. está considerado como una persona susceptible / sensible _____
55. a menudo se siente infeliz o deprimido _____
56. es una MUJER que toma pastillas anticonceptivas _____
57. es una MUJER que está embarazada _____
58. es un HOMBRE con trastornos de la próstata _____

Describa cualquier tratamiento médico actual, intervención quirúrgica inminente, retraso genético/del desarrollo u otro tratamiento que posiblemente pueda afectar a su tratamiento dental. (es decir, botox, inyecciones de colágeno)

Indique todos los medicamentos, complementos y vitaminas que haya tomado en los últimos dos años.

Fármaco	Objetivo	Fármaco	Objetivo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EN EL FUTURO COMUNÍQUENOS CUALQUIER CAMBIO EN SUS ANTECEDENTES MÉDICOS O DE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE ESTÉ TOMANDO.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

