

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			Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC reparada con defectos residuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	NS	Sí	No	NS			
Enfermedad cardiovascular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas... ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____					
Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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:.....

