

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?

Articulaciones Artificiales.

Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....

Fecha: Si es así, ha tenido alguna complicación?.....

Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget?

Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico?

Fecha del comienzo del Tratamiento:

Sí

No

NS

Usa sustancias reguladas (drogas)?

Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?.....

Si es así, le interesaría dejar de hacerlo?
(marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA

Bebe bebidas alcohólicas?

Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?

Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?

SÓLO PARA MUJERES

Está usted:

Embarazada?.....

Número de semanas:

Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?

Amamantando?

Sí

No

NS

En todas las respuestas **afirmativas**, especifique el tipo de reacción.

Anestésicos locales

Aspirina

Penicilina u otros antibióticos

Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir

Sulfas

Codeína u otros narcóticos

Sí

No

NS

Metales

Látex (goma)

Yodo

Polen (fiebre del heno)/ estacional

Animales

Alimentos

Otros

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).....

Previa endocarditis infecciosa.....

Válvulas dañadas en corazón transplantado.....

Enfermedad cardíaca congénita (ECC)

ECC cianótica, sin reparar.....

Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....

ECC reparada con defectos residuales

Sí

No

NS

Enfermedad autoinmune

Artritis reumatoidea

Lupus eritematoso sistémico.....

Asma

Bronquitis.....

Enfisema

Sinusitis.....

Tuberculosis.....

Cáncer/Quimoterapia/

Radioterapia.....

Dolores de pecho por esfuerzo..

Dolor crónico

Diabetes Tipo I o II

Trastornos de alimentación.....

Malnutrición.....

Enfermedad gastrointestinal

Reflujo G.E./ardor persistente

Úlceras

Alteraciones de la tiroides

Derrame cerebral.....

Glaucoma

Sí

No

NS

Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática

Epilepsia

Desmayos o ataques epilépticos...

Alteraciones neurológicas

Si es así, especifique:

Alteraciones del sueño.....

Alteraciones mentales.....

Especifique:

Infecciones recurrentes

Tipo de infección:.....

Alteraciones renales.....

Sudor nocturno

Osteoporosis.....

Inflamación persistente de los ganglios del cuello.....

Cefaleas graves/jaquecas

Pérdida de peso severa o rápida....

Enfermedades venéreas

Orina en forma excesiva

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:

Teléfono:

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

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:

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios:

.....

.....