

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 _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. artritis _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. una reacción alérgica a | | | 28. enfermedad autoinmunitaria _____
(es decir, artritis reumatoide, lupus, esclerodermia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> aspirina, ibuprofeno, paracetamol, codeína | | | 29. glaucoma _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> penicilina | | | 30. lentes de contacto _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> eritromicina | | | 31. lesiones en la cabeza o el cuello _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> tetraciclina | | | 32. epilepsia, convulsiones (crisis) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> sulfonamida | | | 33. trastornos neurológicos (TDA/TDAH, enfermedad de priones) _ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> anestesia local | | | 34. infecciones virales y herpes labial _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> flúor | | | 35. cualquier bulto o hinchazón en la boca _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> metales (níquel, oro, plata, _____) | | | 36. urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> látex | | | 37. ITS / ETS / VPH _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> otro _____ | | | 38. hepatitis (tipo ___) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. problemas de corazón o stent cardíaco en los últimos seis meses <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 39. VIH / SIDA _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. antecedentes de endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 40. tumor, neoplasia anormal _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. válvula cardíaca artificial, defecto de corazón reparado (persistencia del agujero oval, PFO por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 41. terapia de radiación _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. marcapasos o desfibrilador implantable _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 42. quimioterapia, medicamentos inmunosupresores _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. implante ortopédico (sustitución de articulación) _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 43. dificultades emocionales _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. fiebre reumática o escarlatina _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 44. tratamiento psiquiátrico _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. tensión arterial alta o baja _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 45. medicamentos antidepresivos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. un accidente cerebrovascular (toma diluyentes de la sangre) ___ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 46. uso de alcohol / drogas recreativas _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. anemia u otros trastornos sanguíneos _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | USTED: | | |
| 12. hemorragia prolongada debida a un pequeño corte (INR > 3,5) _ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 47. está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad_ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. enfisema, falta de aliento, sarcoidosis _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48. es consciente de un cambio en su salud en las últimas 24 horas
(es decir, fiebre, escalofríos, tos nueva o diarrea) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. tuberculosis, sarampión, varicela _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49. está tomando medicamentos para controlar el peso _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. asma _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50. está tomando complementos alimenticios _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. problemas respiratorios o de sueño (es decir, apnea del sueño, ronquidos, sinusitis) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 51. está a menudo agotado o fatigado _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. enfermedad renal _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52. sufre dolores de cabeza frecuentes _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. enfermedad hepática _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53. es fumador, fumó anteriormente o usa tabaco sin humo ___ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ictericia _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54. está considerado como una persona susceptible / sensible _ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55. a menudo se siente infeliz o deprimido _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. deficiencia hormonal _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56. es una MUJER que toma pastillas anticonceptivas _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. colesterol alto o toma estatinas _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57. es una MUJER que está embarazada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. diabetes (HbA1c = _____) _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58. es un HOMBRE con trastornos de la próstata _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. úlcera de estómago o duodenal _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 25. trastornos digestivos (es decir, enfermedad celíaca, reflujo gástrico) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 26. osteoporosis / osteopenia (es decir, toma bifosfonatos) _____ <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

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 _____