

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 _____

