

ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

AUNQUE EL PERSONAL DENTAL TRATA PRINCIPALMENTE EL ÁREA INTERNA Y ALREDEDOR DE LA BOCA, ÉSTA ES PARTE DEL CUERPO EN SU TOTALIDAD. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE PUEDE TENER, O LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA, PODRÍAN TENER UNA INTERRELACIÓN IMPORTANTE CON EL SERVICIO ODONTOLÓGICO QUE RECIBIRÁ. GRACIAS POR RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

		SÍ	NO			SÍ	NO
1.	¿ESTÁ EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD?			10.	¿HA NECESITADO ALGUNA VEZ UNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE?		
2.	¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO EN SU ESTADO GENERAL DE SALUD DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?			11.	¿HA BAJADO RECIENTEMENTE DE PESO?		
3.	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO: _____			12.	¿HA TOMADO ALGUNA VEZ FEN-PHEN/REDUX?		
4.	NOMBRE DEL MÉDICO _____ DIRECCIÓN _____ NO. DE TELEFONO _____			13.	¿FUMA TABACO?		
5.	¿ESTÁ BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO?			14.	¿USA O HA USADO SUSTANCIAS CONTROLADAS?		
6.	¿HA ESTADO HOSPITALIZADO ALGUNA VEZ POR ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O ENFERMEDAD GRAVE? EXPLIQUE. _____			15.	¿ESTÁ USANDO LENTES DE CONTACTO?		
7.	¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO(S) INCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA MÉDICA? SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ MEDICAMENTOS ESTÁ TOMANDO? _____			16.	¿TIENE TOS O ACLARACIÓN PERSISTENTE DE LA GARGANTA NO ASOCIADA CON UNA ENFERMEDAD CONOCIDA (QUE HAY A DURADO MÁS DE TRES SEMANAS)?		
8.	¿HA TENIDO ALGUNA HEMORRAGIA ANORMAL?			17.	¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O PROBLEMA QUE NO SE HAYA INDICADO ANTES QUE CREA QUE DEBA SABER?		
9.	¿SE HACE MORETONES CON FACILIDAD?			SÓLO MUJERES: ¿ESTÁ EMBARAZADA O CREE QUE PUEDA ESTARLO? .. ¿ESTÁ AMAMANTANDO? .. ¿ESTÁ TOMANDO PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS?			

		SÍ	NO			SÍ	NO
¿ES ALÉRGICO O HA TENIDO REACCIONES A:				RONCHAS O SARPULLIDOS?			
	ANESTESIA LOCAL COMO LA NOVOCÁINA?			EPISODIOS DE DESMAYOS O MAREOS?			
	PENICILINA U OTRO ANTIBIÓTICO?			DIABETES?			
	MEDICAMENTOS CON SULFA?			SIDA O INFECCIÓN DE VIH?			
	BARBITÚRICOS, SEDANTES O PÍLDORAS PARA DORMIR?			PROBLEMAS A LA TIROIDES?			
	ASPIRINA?			ALERGIAS?			
	YODO?			ARTRITIS O REUMATISMO?			
	ALGÚN METAL (POR EJEMPLO, NÍQUEL, MERCURIO, ETC.)?			IMPLANTE O REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN?			
	LÁTEX/GOMA?			ÚLCERA ESTOMACAL?			
	OTROS (INDIQUE) _____			PROBLEMAS AL RIÑÓN?			
¿TIENE O HA TENIDO LO SIGUIENTE:				TUBERCULOSIS?			
	CARDIOPATÍA REUMÁTICA O FIEBRE REUMÁTICA?			TOS PERSISTENTE?			
	FIEBRE ESCARIATINA?			TOS CON SANGRE?			
	DEFECTO CARDÍACO O SOPLO CARDÍACO?			QUIMIOTERAPIA (CÁNCER, LEUCEMIA)?			
	PROBLEMAS CARDÍACOS, ATAQUE CARDÍACO O ANGINA?			ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?			
	DOLOR EN EL PECHO?			EPILEPSIA O CONVULSIONES?			
	PROBLEMAS PARA RESPIRAR?			ANEMIA?			
	MARCAPASOS?			GLAUCOMA?			
	CIRUGÍA CARDÍACA?			NERVIOSISMO?			
	PRESIÓN ARTERIAL ALTA/BAJA?			AMIGDALITIS?			
	PROBLEMA CONGÉNITO DEL CORAZÓN?			TUMORES?			
	HINCHAZÓN DE PIES, TOBILLOS, MANOS?			ATENCIÓN DE SALUD MENTAL?			
	HEPATITIS, ICTERICIA O ENFERMEDAD HEPÁTICA?			PROBLEMAS LUMBARES?			
	DERRAME CEREBRAL?			DEPENDENCIA DE FÁRMACOS?			
	PROBLEMAS SINUSALES?			PROLAPSO DE LA VÁLVULA MITRAL?			
	PROBLEMAS PULMONARES O RESPIRATORIOS?			TRATAMIENTO CON CORTISONA?			
	ASMA O FIEBRE DEL HENO?			HERPES LABIAL/AMPOLLAS POR FIEBRE?			
				HIPOGLUCEMIA?			
				TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN?			

NÚMERO DEL PACIENTE _____

ANTECEDENTES MÉDICOS