

Página 1

Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o los medicamentos que pueda estar tomando, podrían tener una interrelación importante con la odontología que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?

Sí No

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante?

Sí No

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?

Sí No

¿Está tomando algún medicamento, píldora o droga?

Sí No

¿Toma o ha tomado Phen-Fen o Redux?

Sí No

¿Ha tomado alguna vez Fosamax, Boniva, Actonel o algún otro medicamento que contenga bisfosfonatos?

Sí No

¿Estás en una dieta especial?

Sí No

¿Usas tabaco?

Sí No

¿Utiliza sustancias controladas?

Sí No

Mujer: ¿Estás...?

¿Embarazado / tratando de quedar embarazada? ¿Enfermería? ¿Tomando anticonceptivos orales?

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Medicamentos de sulfá Anestésicos locales
 ¿Otro?

Página 2

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

SIDA / VIH positivo

Sí No

Medicina de cortisona

Sí No

Hemofilia

Sí No

Tratamientos de radiación

Sí No

Enfermedad de Alzheimer

Sí No

Diabetes

Sí No

Hepatitis A

Sí No

Pérdida de peso reciente

Sí No

Anafilaxia

Sí No

Drogadicción

Sí No

Hepatitis B o C

Sí No

Diálisis renal

Sí No

Anemia

Fácil de enrollar

Herpes

Fiebre reumática

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Angina

Enfisema

Alta presión sanguínea

Reumatismo

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Artritis/Gota

Epilepsia o Convulsiones

Colesterol alto

Escarlatina

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Válvula de corazón artificial

Sangrado excesivo

Urticaria o sarpullido

Anemia drepanocítica

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Articulación Artificial

Sed excesiva

Hipoglucemia

Problema sinusal

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Asma

Desmayos/mareos

Latido del corazón irregular

Espina bífida

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Enfermedad de la sangre

Tos frecuente

Problemas de riñón

Enfermedad estomacal/intestinal

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Transfusión de sangre

Diarrea frecuente

Leucemia

Carrera

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Problemas respiratorios

Dolores de cabeza frecuentes

Enfermedad del hígado

Hinchazón de extremidades

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Fácilmente abollado

Herpes genital

Presión arterial baja

Enfermedad de tiroides

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Cáncer

Glaucoma

Enfermedad pulmonar

Amigdalitis

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Quimioterapia

Fiebre del heno

Prolapso de la válvula mitral

Tuberculosis

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Dolores en el pecho

Ataque al corazón/Insuficiencia

Osteoporosis

Tumores o Crecimientos

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Herpes labial/ampollas de fiebre

Soplo cardíaco

Dolor en las articulaciones de la mandíbula

Úlceras

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

Trastorno cardíaco congénito

Marcapasos cardíaco

Enfermedad paratiroidea

Enfermedad venérea

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

convulsiones

Problemas/enfermedades del corazón

Atención psiquiátrica

Ictericia amarilla

Sí No

Sí No

Sí No

Sí No

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente?

Sí No

Comentarios

Según mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma *



Fecha *

12/04/2024

