

# 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"/>	39.	VIH / SIDA _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	antecedentes de endocarditis infecciosa _____	<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"/>	41.	terapia de radiación _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	marcapasos o desfibrilador implantable _____	<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"/>	43.	dificultades emocionales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	fiebre reumática o escarlatina _____	<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"/>	45.	medicamentos antidepresivos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	un accidente cerebrovascular (toma diluyentes de la sangre) _____	<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"/>	<b>USTED:</b>			
12.	hemorragia prolongada debida a un pequeño corte (INR > 3,5) _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47.	está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	enfisema, falta de aliento, sarcoidosis _____	<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"/>	49.	está tomando medicamentos para controlar el peso _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	asma _____	<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"/>	51.	está a menudo agotado o fatigado _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	enfermedad renal _____	<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"/>	53.	es fumador, fumó anteriormente o usa tabaco sin humo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	ictericia _____	<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"/>	55.	a menudo se siente infeliz o deprimido _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	deficiencia hormonal _____	<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"/>	57.	es una MUJER que está embarazada _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	diabetes (HbA1c = _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58.	es un HOMBRE con trastornos de la próstata _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	úlceras de estómago o duodenal _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
25.	trastornos digestivos (es decir, enfermedad celíaca, reflujo gástrico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
26.	osteoporosis / osteopenia (es decir, toma bifosfonatos) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Describe 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 \_\_\_\_\_

