

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 escarlata _____	<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"/>	USTED:		
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. úlcera 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"/>			

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 _____

ASA (1-6)

Para hacer un nuevo pedido visite: www.koiscenter.com