

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

I. MARQUE CON UNA PALOMITA LA RESPUESTA CORRECTA – (DEJE EN BLANCO SI NO COMPRENDE LA PREGUNTA)

- a) ¿Su estado general de salud es buena? Si No; Si respondió **No**, explique: _____
- b) ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año? Si No; Si respondió **Si**, explique: _____
- c) ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencia, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años Si No Si respondió **Si**, explique: _____
- d) ¿Actualmente es atendido por un médico? Si No; Si respondió **Si**, explique: _____
- i) Fecha de último examen médico: _____ ii) Motivo de examen: _____
- e) ¿Siente dolor ahora? Si No; Si respondió **Si**, explique: _____

II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? – (MARQUE CON UNA PALOMITA LA RESPUESTA SI O NO PARA CADA UNA)

- | | |
|--|---|
| a) Dolor de Pecho (Angina) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | p) Mareos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| b) Desmayos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | q) Visión Borrosa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| c) Considerable Pérdida de Peso Reciente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | r) Aparición de Moretones con Facilidad <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| d) Fiebre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | s) Vómitos Frecuentes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| e) Sudores Nocturnos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | t) Ictericia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| f) Tos Persistente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | u) Boca Seca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| g) Expectoración de Sangre <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | v) Sed Excesiva <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| h) Trastornos Hemorrágicos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | w) Dificultad al Tragar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| i) Sangre en la Orina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | x) Tobillos Inflamados <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| j) Sangre en las Heces <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | y) Dolor o Rigidez en Articulaciones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| k) Diarrea o Constipación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | z) Falta de Aire <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| l) Micción Frecuente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | aa) Problemas de Sinusitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| m) Dificultad al Orinar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | bb) Otro: _____ |
| n) Zumbido en los Oídos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| o) Dolores de Cabeza <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |

III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/LOS SIGUIENTES? – (MARQUE CON UNA PALOMITA LA RESPUESTA SI O NO PARA CADA UNA)

- | | |
|--|--|
| a) Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | o) Cirugías <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| b) Historial Familiar de Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | p) Internación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| c) Infarto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | q) Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| d) Articulación Artificial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | r) Historial Familiar de Diabetes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| e) Problemas de Estómago o Ulceras <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | s) Tumores o Cáncer <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| f) Defectos Cardíacos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | t) Quimioterapia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| g) Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | u) Radioterapia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| h) Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | v) Artritis, Reumatismo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| i) Enfermedad de la Piel <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | w) Enfisema u otra Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| j) Endurecimiento de las Arterias <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | x) Enfermedad Renal o de la Vejiga <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| k) Hipertensión <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | y) Accidente Cerebro-Vascular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| l) Convulsiones <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | z) Trastornos Alimenticios <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| m) Cirugía Estética <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | aa) Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| n) SIDA/HIV <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | bb) Osteoporosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

- | | |
|--|---|
| cc) Enfermedad Tiroidea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ii) Anemia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| dd) Asma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | jj) Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ee) Hepatitis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | kk) Enfermedad Ocular <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ff) Enfermedad de Transmisión Sexual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ll) Trasplantes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| gg) Herpes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | mm) Tuberculosis <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| hh) Chancro o Afta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | nn) Otro: _____ |

IV. ¿ES USTED ALÉRGICO(A) HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS? – (MARQUE CON UNA PALOMITA LA RESPUESTA SI O NO PARA CADA UNA)

- | | |
|--|--|
| a) Aspirina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | f) Anestésico Local <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| b) Penicilina u otros Antibióticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | g) Codeína u otros Opioids <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| c) Óxido Nitroso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | h) Alimentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| d) Valium u otros Sedantes <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | i) Metal <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| e) Látex <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | j) Otro: _____ |

V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES? – (MARQUE CON UNA PALOMITA LA RESPUESTA SI O NO PARA CADA UNA)

- | | |
|--|--|
| a) Drogas Recreativas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | g) Bifosfonato (Fosamax) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| b) Medicamentos sin Receta <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | h) Suplementos Herbales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| c) Medicamentos para Perder Peso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | i) Antibióticos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| d) Antidepresivos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | j) Suplementos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| e) Tabaco en Cualquier Forma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | k) Aspirina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| f) Alcohol <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |

l) Opioides (por ejemplo, Norco, Vicodin, Percocet, Percodan) Si No En caso afirmativo, explique la razón: _____

m) Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta: _____

VI. MUJERES SOLAMENTE – (MARQUE CON UNA PALOMITA LA RESPUESTA SI O NO PARA CADA UNA)

- a) ¿Está o podría estar embarazada? Si No Si respondió Si, ¿de cuántos meses? _____
- b) ¿Está amamantando? Si No
- c) ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Si No

VII. TODOS LOS PACIENTES – (MARQUE CON UNA PALOMITA LA RESPUESTA SI O NO PARA CADA UNA)

- a) ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario? Si No si respondió Si, explique: _____
- b) ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si No Si respondió Si, ¿cuándo?: _____
- c) ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen? Si No Si respondió Si, ¿cuándo?: _____
- d) ¿Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado? Si No

La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médicamente comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.

Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.

Firma del Paciente/Tutor: _____ Fecha: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono #: _____ Fax #: _____

Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al rellenar este formulario.

Firma del Paciente (Padres o Tutor) Fecha Firma del Dentista Fecha