

Formulario para la Historia de Salud



American Dental Association
www.ada.org

E-mail:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

| | | | | |
|--|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Nombre: | Teléfono de Casa: <i>Incluya código del área</i> | | Teléfono de Oficina/Celular: <i>Incluya código del área</i> | |
| Apellido | Nombre | Zo Nombre | () | () |
| Dirección: | Ciudad: | | Estado: | Código postal: |
| Dirección postal | | | | |
| Ocupación: | Altura: | Peso: | Fecha de nacimiento: | Sexo: M F |
| SS# o ID del Paciente: | Contacto en Emergencias: | Parentesco: | Teléfono: () | Teléfono celular: () |
| <i>Incluya código del área</i> | | | | |
| Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona? | | | | |
| Su Nombre | | Parentesco | | |
| Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: (Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta) | | | | |
| Tuberculosis activa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos persistente de más de 3 semanas de duración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tos que produce sangre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista. | | | | |

Información Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

| | Sí | No | NS | | Sí | No | NS |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sufre de dolor de oídos o del cuello? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sufre de boca seca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene lesiones o úlceras en su boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usa dentaduras (placas) completas o parciales?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Participa en actividades enérgicas de recreación? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está fluorada el agua que llega a su casa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fecha de su último examen dental: | | | |
| Bebe usted agua embotellada o filtrada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qué le hicieron en esa ocasión? | | | |
| Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE | | | | Fecha de su última radiografía dental: | | | |
| Tiene dolor o molestias dentales en este momento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy? | | | | | | | |
| Cómo se siente con su sonrisa? | | | | | | | |

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

| | Sí | No | NS | | Sí | No | NS |
|--|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Médico: | Teléfono: <i>Incluya código del área</i> | | | Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema? | | | |
| Nombre | () | | | | | | |
| Dirección/Ciudad/Estado/Código: | | | | | | | |
| Se encuentra usted sano/a?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos: | | | |
| Si es así, qué condición le están tratando? | _____ | | | | | | |
| Fecha de su último examen médico: | _____ | | | | | | |

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

| <p>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS</p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p>Alergias - Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción - a: Sí No NS</p> <p>En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO PARA MUJERES Está usted:</p> <p>Embarazada?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sí No NS</p> <p>Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/ estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</i></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;"></th> <th style="width:11%;">Sí</th> <th style="width:11%;">No</th> <th style="width:11%;">NS</th> <th style="width:33%;"></th> <th style="width:11%;">Sí</th> <th style="width:11%;">No</th> <th style="width:11%;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Válvula cardíaca artificial (prótesis).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad autoinmune</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Previa endocarditis infecciosa.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Artritis reumatoidea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lupus eritematoso sistémico.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Asma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ECC cianótica, sin reparar.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bronquitis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfisema</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ECC reparada con defectos residuales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sinusitis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8"><i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>NS</td> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prolapso de la válvula mitral</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Marcapasos.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arterioesclerosis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fiebre reumática.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardíaca</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedad cardíaca reumática ..</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> congestiva.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sangramiento anormal.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Daño en las válvulas cardíacas...<input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anemia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infarto del miocardio.....<input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transfusión sanguínea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soplo en el corazón.....<input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> Si es así, fecha: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial baja.....<input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hemofilia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta.....<input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>SIDA o infección por VIH.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros defectos congénitos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Artritis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> del corazón</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: _____</p> <p>Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Explique por favor: _____</p> | | Sí | No | NS | | Sí | No | NS | Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Previa endocarditis infecciosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvulas dañadas en corazón trasplantado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus eritematoso sistémico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca congénita (ECC) | | | | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ECC cianótica, sin reparar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ECC reparada con defectos residuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i> | | | | | | | | | Sí | No | NS | | Sí | No | NS | Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arterioesclerosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia cardíaca | | | | Enfermedad cardíaca reumática .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | congestiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangramiento anormal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión sanguínea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo en el corazón..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, fecha: _____ | | | | Presión arterial baja..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o infección por VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros defectos congénitos | | | | Artritis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
|--|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|--|--|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|-----------|-----------|--|-----------|-----------|-----------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--|--|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--|--|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--|--|--|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| | Sí | No | NS | | Sí | No | NS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Previa endocarditis infecciosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Válvulas dañadas en corazón trasplantado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus eritematoso sistémico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad cardíaca congénita (ECC) | | | | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECC cianótica, sin reparar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ECC reparada con defectos residuales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sí | No | NS | | Sí | No | NS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Angina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arterioesclerosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Insuficiencia cardíaca | | | | Enfermedad cardíaca reumática .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| congestiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangramiento anormal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión sanguínea | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soplo en el corazón..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, fecha: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión arterial baja..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión arterial alta..... <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o infección por VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros defectos congénitos | | | | Artritis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

