

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre de Paciente: _____

Apellido

Nombre

Inicial

¿Esta de bajo de un cuidado medico? Si No

Nombre y numero de medico: _____

¿Ha algún cambio dentro el año pasado en su salud general? Si No

Si respondio si, por favor explique: _____

¿Ha tenido una enfermedad seria, operación, o ha sido hospitalizado dentro los ultimos 5 años? Si No

Si respondio si, que enfermedad o problema?: _____

Por favor anote su prescripciones o cualquier medicamento que este tomando incluyendo vitaminas, hierbas preparadas naturales, o suplemento dietético: _____

Por favor indique si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes enfermedades o problemas:

¿Ha tenido un reemplazo total de articulación ortopédica? Si No

Si respondio si, por favor especifique: _____

¿Está registrado para comenzar a tomar un agente antirresortivo para osteoporosis o Enfermedad de Paget? Si No

Si respondio si, por favor especifique: _____

¿Desde el 2001, estaba usted o está planeado para comenzar un tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia, Zometa, Xgeva) para dolor de los huesos, hipercalcemia, complicaciones esqueléticas resultando de la Enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? Si No

Fecha que comenzo tratamiento: _____

¿Tiene un historial de cáncer en su familia? Si No

Si respondio si, quién y que tipo de cáncer: _____

Solo Para Mujeres:

¿Está embarazada? Si No

Si respondio si, quantas semanas de embarazo tiene: _____

¿Está tomando pastillas anticonceptivas o medicamento de reemplazo hormonal? Si No

¿Está amamantando? Si No

¿Ha tenido una prueba de papanicolau positiva? Si No

Por favor indique si tiene o ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades o problemas. (Las siguientes marcadas con * requieren premedicación con antibióticos antes de cualquier tratamiento dental):

Válvula cardíaca artificial *

Endocarditis infecciosa previa *

Válvulas dañadas en corazón transplantado *

Cardiopatía congénita (CHD) * **Si ha tenido cardiopatía congénita (CHD), por favor indique si ha tenido:**

CHD cianótico no reparado *

CHD reparado (completamente) en los ultimos 6 meses *

CHD reparada con defectos residuales *

Por favor indique si tiene o ha tenido cualquiera de los siguientes enfermedades o problemas:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular | <input type="checkbox"/> Angina de pecho | <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> Valvulas cardíacas dañadas | <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Baja presión de sangre | <input type="checkbox"/> Presión alta de sangre |
| <input type="checkbox"/> Otros defectos cardíacos congénitos | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca reumática | <input type="checkbox"/> Sangrados anormales |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> SIDA o infección por VIH | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide | <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémica | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Problema sinusal |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Tratamiento para el cáncer | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho al esforzarse |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I or II | <input type="checkbox"/> Desorden alimenticio |
| <input type="checkbox"/> Desnutrición | <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal / estomacal | <input type="checkbox"/> G.E. Reflujo / acidez estomacal persistente |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Desmayos o ataques | <input type="checkbox"/> Desordenes neurológicos | <input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Infecciones recurrentes | <input type="checkbox"/> Problemas de riñon | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Glandulas inflamadas persistentes en el cuello | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas severas |
| <input type="checkbox"/> Perdida de peso severa | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Micción excesiva | <input type="checkbox"/> Coumadin / terapia anticoagulante |
| <input type="checkbox"/> Infección por el virus papiloma humano (VPH) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |

Es alergico o ha tenido una reacción alergica a algunos de los siguientes:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Barbituatos, sedativos o pastillas para dormir | <input type="checkbox"/> Sulfas | <input type="checkbox"/> Codeína o otros narcóticos |
| <input type="checkbox"/> Metales | <input type="checkbox"/> Látex (Goma) | <input type="checkbox"/> Yodo |
| <input type="checkbox"/> Polen (fiebre del heno) / estacionales | <input type="checkbox"/> Animales | <input type="checkbox"/> Acrílico |
| <input type="checkbox"/> Tetraciclina | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Otra alergia | Por favor especifique: _____ | |

¿Usa sustancias reguladas (drogas)? Si No

Por favor especifique: _____

¿Bebe bebidas alcohólicas? Si No

Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?: _____

Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?: _____

¿Le ha recomendado algún médico o su dentista que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? Si No

Nombre y teléfono del médico o del dentista que se lo recomendó: _____

¿Tiene alguna enfermedad, condición, o problema que no esta mencionado arriba que cree que nosotros deberíamos saber? Si No

Explique por favor: _____

Autorización y Consentimiento

Yo entiendo que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información se llevará a cabo en la más estricta confidencia y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio. No haré responsable al dentista, o a ningún otro miembro de la oficina de cualquier acción que tomen o no tomen debido a errores o omisiones que pueda haber hecho en completar estas formas. Por mi consentimiento yo autorizo la oficina dental a administrar medicamentos y hacer los procedimientos diagnósticos, fotográficos y terapéuticos que sean necesarios para el cuidado dental adecuado. También autorizo el pago directamente a la oficina dental para beneficios de seguros, en vez de pagado a mí. Yo soy responsable de todos los gastos de tratamiento dentales. Y además entiendo que el pago es debido al tiempo y fecha del tratamiento, al menos de que se haiga hecho un arreglo anteriormente. Doy el derecho al dentista para divulgar mi historial dental / médico y otra información sobre mi tratamiento dentales a terceros pagadores y otros profesionales de salud. Además, doy permiso a la oficina dental para corresponderme a través de correo electrónico y / o mensaje de texto.

Firma del Paciente, Padre, o Guardian (Partido Responsable):

Firma: _____

Fecha: _____

Relación al Paciente: _____