

# 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 \_\_\_\_\_
2. una reacción alérgica a
  - aspirina, ibuprofeno, paracetamol, codeína \_\_\_\_\_
  - penicilina \_\_\_\_\_
  - eritromicina \_\_\_\_\_
  - tetraciclina \_\_\_\_\_
  - sulfonamida \_\_\_\_\_
  - anestesia local \_\_\_\_\_
  - flúor \_\_\_\_\_
  - metales (níquel, oro, plata, \_\_\_\_\_)
  - látex \_\_\_\_\_
  - otro \_\_\_\_\_
3. problemas de corazón o stent cardíaco en los últimos seis meses \_\_\_\_\_
4. antecedentes de endocarditis infecciosa \_\_\_\_\_
5. válvula cardíaca artificial, defecto de corazón reparado (persistencia del agujero oval, PFO por sus siglas en inglés) \_\_\_\_\_
6. marcapasos o desfibrilador implantable \_\_\_\_\_
7. implante ortopédico (sustitución de articulación) \_\_\_\_\_
8. fiebre reumática o escarlatina \_\_\_\_\_
9. tensión arterial alta o baja \_\_\_\_\_
10. un accidente cerebrovascular (toma diluyentes de la sangre) \_\_\_\_\_
11. anemia u otros trastornos sanguíneos \_\_\_\_\_
12. hemorragia prolongada debida a un pequeño corte (INR > 3,5) \_\_\_\_\_
13. enfisema, falta de aliento, sarcoidosis \_\_\_\_\_
14. tuberculosis, sarampión, varicela \_\_\_\_\_
15. asma \_\_\_\_\_
16. problemas respiratorios o de sueño (es decir, apnea del sueño, ronquidos, sinusitis) \_\_\_\_\_
17. enfermedad renal \_\_\_\_\_
18. enfermedad hepática \_\_\_\_\_
19. ictericia \_\_\_\_\_
20. tiroides, enfermedad paratiroidea o deficiencia de calcio \_\_\_\_\_
21. deficiencia hormonal \_\_\_\_\_
22. colesterol alto o toma estatinas \_\_\_\_\_
23. diabetes (HbA1c = \_\_\_\_\_)
24. úlcera de estómago o duodenal \_\_\_\_\_
25. trastornos digestivos (es decir, enfermedad celíaca, reflujo gástrico) \_\_\_\_\_
26. osteoporosis / osteopenia (es decir, toma bifosfonatos) \_\_\_\_\_

27. artritis \_\_\_\_\_
28. enfermedad autoinmunitaria \_\_\_\_\_  
(es decir, artritis reumatoide, lupus, esclerodermia)
29. glaucoma \_\_\_\_\_
30. lentes de contacto \_\_\_\_\_
31. lesiones en la cabeza o el cuello \_\_\_\_\_
32. epilepsia, convulsiones (crisis) \_\_\_\_\_
33. trastornos neurológicos (TDA/TDAH, enfermedad de priones) \_\_\_\_\_
34. infecciones virales y herpes labial \_\_\_\_\_
35. cualquier bulto o hinchazón en la boca \_\_\_\_\_
36. urticaria, erupción cutánea, fiebre del heno \_\_\_\_\_
37. ITS / ETS / VPH \_\_\_\_\_
38. hepatitis (tipo \_\_\_\_\_)
39. VIH / SIDA \_\_\_\_\_
40. tumor, neoplasia anormal \_\_\_\_\_
41. terapia de radiación \_\_\_\_\_
42. quimioterapia, medicamentos inmunosupresores \_\_\_\_\_
43. dificultades emocionales \_\_\_\_\_
44. tratamiento psiquiátrico \_\_\_\_\_
45. medicamentos antidepresivos \_\_\_\_\_
46. uso de alcohol / drogas recreativas \_\_\_\_\_

## USTED:

47. está siendo tratado actualmente por alguna otra enfermedad \_\_\_\_\_
48. es consciente de un cambio en su salud en las últimas 24 horas (es decir, fiebre, escalofríos, tos nueva o diarrea) \_\_\_\_\_
49. está tomando medicamentos para controlar el peso \_\_\_\_\_
50. está tomando complementos alimenticios \_\_\_\_\_
51. está a menudo agotado o fatigado \_\_\_\_\_
52. sufre dolores de cabeza frecuentes \_\_\_\_\_
53. es fumador, fumó anteriormente o usa tabaco sin humo \_\_\_\_\_
54. está considerado como una persona susceptible / sensible \_\_\_\_\_
55. a menudo se siente infeliz o deprimido \_\_\_\_\_
56. es una MUJER que toma pastillas anticonceptivas \_\_\_\_\_
57. es una MUJER que está embarazada \_\_\_\_\_
58. es un HOMBRE con trastornos de la próstata \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

