

# 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 \_\_\_\_\_

