

# Formulario para la Historia de Salud



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:	
Dirrección postal				Código postal:	
Empleado:		Compañía de Seguro:		#de Grupo:	
				Fecha de nacimien:	
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			
Nombre de Cónyuge:		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:	
Dirrección postal				Código postal:	
Empleado:		Compañía de Seguro:		#de Grupo:	
				Fecha de nacimien:	

## 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:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....			
				<input type="checkbox"/>			
Se encuentra usted sano/a?.....				Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
<input type="checkbox"/>				_____			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?.....				_____			
<input type="checkbox"/>				_____			
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><b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b></p> <p>Usa lentes de contacto? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></p> <p><b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          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"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></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"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p><b>Alergias</b> - Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción - a: <b>Sí No NS</b>          En todas las respuestas <b>afirmativas</b>, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Penicilina u otros antibióticos _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Codeína u otros narcóticos _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></p>	<p>Usa sustancias reguladas (drogas)? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          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"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p><b>SÓLO PARA MUJERES</b> Está usted:          Embarazada? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Número de semanas: _____          Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Amamantando? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></p> <p>Metales _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Látex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Yodo _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Polen (fiebre del heno)/ estacional _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Animales _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>          Otros _____ <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></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: none;"> <tr> <td style="width:33%; text-align: center;"><b>Sí No NS</b></td> <td style="width:33%; text-align: center;"><b>Sí No NS</b></td> <td style="width:33%; text-align: center;"><b>Sí No NS</b></td> </tr> <tr> <td>Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Enfermedad autoinmune ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Previa endocarditis infecciosa..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Artritis reumatoidea ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Epilepsia ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Válvulas dañadas en corazón transplantado..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Lupus eritematoso sistémico..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Desmayos o ataques epilépticos... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</td> <td>Asma ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Alteraciones neurológicas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>    ECC cianótica, sin reparar..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Bronquitis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>    Si es así, especifique: _____</td> </tr> <tr> <td>    Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Enfisema ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Alteraciones del sueño..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>    ECC reparada con defectos residuales ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Alteraciones mentales..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td><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> <td>Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>    Especifique: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></td> <td>Cáncer/Quimioterapia/     Radioterapia..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Infecciones recurrentes ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>    Dolores de pecho por esfuerzo.. <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>    Tipo de infección: _____</td> </tr> <tr> <td>Angina ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>    Dolor crónico ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Alteraciones renales..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Arterioesclerosis ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Diabetes Tipo I o II ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Sudor nocturno ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardíaca congestiva..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Trastornos de alimentación..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Malnutrición..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Inflamación persistente de los ganglios del cuello..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Enfermedad gastrointestinal..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Cefaleas graves/jaquecas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Soplo en el corazón..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Reflujo G.E./ardor persistente ... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Pérdida de peso severa o rápida.... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial baja..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Úlceras ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Enfermedades venéreas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Alteraciones de la tiroides ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Orina en forma excesiva ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Otros defectos congénitos del corazón ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td>Derrame cerebral..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Glaucoma ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></td> <td></td> </tr> </table> <p>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></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"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>      Explique por favor: _____</p>	<b>Sí No NS</b>	<b>Sí No NS</b>	<b>Sí No NS</b>	Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedad autoinmune ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Previa endocarditis infecciosa..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Artritis reumatoidea ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Epilepsia ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Válvulas dañadas en corazón transplantado..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Lupus eritematoso sistémico..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Desmayos o ataques epilépticos... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedad cardíaca congénita (ECC)	Asma ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones neurológicas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	ECC cianótica, sin reparar..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Bronquitis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Si es así, especifique: _____	Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfisema ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones del sueño..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	ECC reparada con defectos residuales ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones mentales..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	<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>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Especifique: _____	<b>Sí No NS</b>	Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Infecciones recurrentes ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedad cardiovascular ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Dolores de pecho por esfuerzo.. <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Tipo de infección: _____	Angina ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Dolor crónico ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones renales..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Arterioesclerosis ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Diabetes Tipo I o II ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Sudor nocturno ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Insuficiencia cardíaca congestiva..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Trastornos de alimentación..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Malnutrición..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedad gastrointestinal..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Cefaleas graves/jaquecas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Soplo en el corazón..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Reflujo G.E./ardor persistente ... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Pérdida de peso severa o rápida.... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Presión arterial baja..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Úlceras ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedades venéreas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Presión arterial alta..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones de la tiroides ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Orina en forma excesiva ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Otros defectos congénitos del corazón ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Derrame cerebral..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>			Glaucoma ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	
<b>Sí No NS</b>	<b>Sí No NS</b>	<b>Sí No NS</b>																																																														
Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedad autoinmune ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Previa endocarditis infecciosa..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Artritis reumatoidea ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Epilepsia ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Válvulas dañadas en corazón transplantado..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Lupus eritematoso sistémico..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Desmayos o ataques epilépticos... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)	Asma ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones neurológicas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
ECC cianótica, sin reparar..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Bronquitis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Si es así, especifique: _____																																																														
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfisema ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones del sueño..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
ECC reparada con defectos residuales ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Sinusitis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones mentales..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
<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>	Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Especifique: _____																																																														
<b>Sí No NS</b>	Cáncer/Quimioterapia/ Radioterapia..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Infecciones recurrentes ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Enfermedad cardiovascular ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Dolores de pecho por esfuerzo.. <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Tipo de infección: _____																																																														
Angina ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Dolor crónico ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones renales..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Arterioesclerosis ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Diabetes Tipo I o II ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Sudor nocturno ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Insuficiencia cardíaca congestiva..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Trastornos de alimentación..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Osteoporosis..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Daño en las válvulas cardíacas... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Malnutrición..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Infarto del miocardio..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedad gastrointestinal..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Cefaleas graves/jaquecas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Soplo en el corazón..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Reflujo G.E./ardor persistente ... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Pérdida de peso severa o rápida.... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Presión arterial baja..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Úlceras ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Enfermedades venéreas ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Presión arterial alta..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Alteraciones de la tiroides ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Orina en forma excesiva ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																														
Otros defectos congénitos del corazón ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>	Derrame cerebral..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																															
	Glaucoma ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b>																																																															

**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: \_\_\_\_\_

He leído mi historia de salud y confirmo que indica exactamente por delante y condiciones presente.

Fecha	Excepciones	Ningun <input type="checkbox"/>	Firma de Cliente
_____	_____	Ningun <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Ningun <input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	Ningun <input type="checkbox"/>	_____