

Bastrop Centro de Prótesis e Implantes

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha: ____/____/____

Edad: _____ Femenino Masculino Fecha de Nacimiento : ____/____/____

Dirección de casa: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

de Teléfono Casa (____) _____ # de Celular (____) _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ # de Teléfono (____) _____

Nombre del médico _____ Cardiólogo nombre _____

de Teléfono _____ # de Teléfono _____

SOLO USO MÉDICO

Consultar con Medico..... Sí No

Premedicacion:

En la cita 1 semana antes 1 semana después

ASA _____

MUJER:

¿Estás embarazada/intentando quedar embarazada?.. Sí No

¿Estás tomando anticonceptivos orales? Sí No

¿Estás amamantando? Sí No

MALLAMPATI: _____ **HT:** _____ **WT:** _____ **B.M.I.:** _____ Sí No

¿Estás bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No

¿Tiene Dientes Naturales?..... Sí No

¿Tiene algún sangrado anormal con Cirugías, extracciones o accidentes? Sí No

¿A tenido alguna vez problemas asociado con el cuidado dental anterior? Sí No

¿A tenido tratamiento para la enfermedad de las encias? Sí No

(Gingivitis, Periodontitis, Piorrea-Sangrado de las encias al cepillarse)

¿Usted a prieta or muele los Dientes? Sí No

¿Tiene úlceras frecuentes en la boca o la mandíbula?..... Sí No

¿Tiene alguna hinchazón de la boca o la mandíbula? Sí No

¿Ha sufrido alguna lesión en la boca o la mandíbula? Sí No

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tuvo una operación importante?..... Sí No

¿Alguna vez ha tenido una lesión grave en la cabeza o el cuello?..... Sí No

Preguntas de la Historia Medica

¿Alguna vez ha tomado Fosamax, Boniva, Actonel o cualquier otro medicamento que contenga bisfosfonatos?.... Sí No

¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones, rodilla, cadera o prótesis? Sí No

¿Tiene una válvula protésica de corazón? Sí No

¿Ha tenido una historia previa de endocarditis bacteriana?..... Sí No

¿Tiene un marcapasos o difibullator colocado hace menos de 6 semanas? Sí No

¿Ha tenido injertos o cirugía de bypass de la arteria coronaria menos de 6 semanas?..... Sí No

¿Esta sometido / sometida a tratamiento de diálisis?..... Sí No

¿Ha tenido una fístula AV colocada reciente? Sí No

¿Tiene usted una historia de lupus sistémico? Sí No

¿Alguna vez ha tenido que ser premedicado con antibióticos antes de un trabajo dental? Sí No

¿Por qué? _____

¿Hay algo que gustaría decirnos?

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?

Sí No	Sí No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Urticaria o Erupciones en la piel
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina de pecto	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis	Rodilla _____ Cuando _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma	Cadera _____ Cuando _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bisfosfonatos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad Del Hígado
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lupus
Dónde? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estimulador Cardiaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de salud mental
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis
¿Cirugía de corazón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
¿Ataque al corazón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tos Persistente o Tos con Sangre
¿Stents? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neumonía
¿Marcapasos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Embarazada
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sangrado prolongado / Hemofilia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiación / Quimioterapia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Disfagia (Dificultad para tragar)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Células Falciformes /
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones	Rasgo de Células Falciformes
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Visión	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas sinusales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos / Convulsiones	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Apnea del sueño – usar CPAP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Problemas de Audición / Discapacidad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fumador
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras estomacal
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Hepatitis o el Hígado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Virus de la Hepatitis A, B, o C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si tiene otra enfermedad? _____

¿Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?

Sí No	Sí No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antibióticos Nombre: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cortisona o Esteroides
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anticoagulante – Por Favor círculo el tipo de medicación:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dilantin o Anticonvulsivo
Coumadin Lovenex Plavix	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Insulina, tolbutamide, Ornase o Droga Similar
Aggrenox Pradaxa Otro: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medicamentos para la Presión Arterial Alta
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tranquilizantes

¿Ha tenido una reacción adversa / alergia a alguno de los siguientes medicamentos?

Sí No	Sí No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestesia local
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Barbitúricos / Sedantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Novocaína
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cefalexina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clindamicina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfamidas
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Guantes de látex	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cualquier otra reacción / Alergias
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeína	_____

Que yo sepa, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o para los pacientes). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

X _____ /_____/_____
Firma del Paciente Fecha

X _____ /_____/_____
Firma del Doctor Fecha