



**GREAT DAY
DENTAL**

Para server lo mejor, Por favor contesta las respuesta:

Nombre: _____ **Fecha:** _____

Que` es mas importante para usted, con nosotros como su equipo dental?

Que` es mas importante para usted en su salud dental?

Que` se puede hacer para que esto suceda?

Si pudieras cambiar algo de tu sonrisa, que` seria?

A quien podemos agradecer por referirle a nuestra oficina? _____

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>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> NS</p> <p>Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p>Alergias - Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción - a: Sí No NS</p> <p>En todas las respuestas afirmativas, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Usa sustancias reguladas (drogas)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p>SÓLO PARA MUJERES Está usted:</p> <p>Embarazada?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sí No NS</p> <p>Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/ estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></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-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;"></th> <th style="width:11%;">Sí</th> <th style="width:11%;">No</th> <th style="width:11%;">NS</th> <th style="width:33%;"></th> <th style="width:11%;">Sí</th> <th style="width:11%;">No</th> <th style="width:11%;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Válvula cardíaca artificial (prótesis).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad autoinmune</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Previa endocarditis infecciosa.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Artritis reumatoidea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lupus eritematoso sistémico.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Asma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ECC cianótica, sin reparar.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bronquitis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfisema</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ECC reparada con defectos residuales</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sinusitis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8"><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> </tr> <tr> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>NS</td> <td></td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>NS</td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prolapso de la válvula mitral</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angina</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Marcapasos.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arterioesclerosis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fiebre reumática.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardíaca</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedad cardíaca reumática ..</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> congestiva.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sangramiento anormal.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Daño en las válvulas cardíacas...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anemia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infarto del miocardio.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transfusión sanguínea</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soplo en el corazón.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td> Si es así, fecha: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial baja.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hemofilia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>SIDA o infección por VIH.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros defectos congénitos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Artritis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> del corazón</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Enfermedad autoinmune</p>		Sí	No	NS		Sí	No	NS	Válvula cardíaca artificial (prótesis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Previa endocarditis infecciosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECC cianótica, sin reparar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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>									Sí	No	NS		Sí	No	NS	Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca				Enfermedad cardíaca reumática ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daño en las válvulas cardíacas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto del miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo en el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____				Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros defectos congénitos				Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	NS		Sí	No	NS																																																																																																																																																																																	
Válvula cardíaca artificial (prótesis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Previa endocarditis infecciosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
ECC cianótica, sin reparar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
ECC reparada con defectos residuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
<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>																																																																																																																																																																																								
	Sí	No	NS		Sí	No	NS																																																																																																																																																																																	
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Arterioesclerosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Insuficiencia cardíaca				Enfermedad cardíaca reumática ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Daño en las válvulas cardíacas...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Infarto del miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Soplo en el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha: _____																																																																																																																																																																																				
Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Otros defectos congénitos				Artritis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																					
Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Lupus eritematoso sistémico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Bronquitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique: _____																																																																																																																																																																																				
Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Cáncer/Quimioterapia/				Especifique: _____																																																																																																																																																																																				
Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Dolores de pecho por esfuerzo..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección: _____																																																																																																																																																																																				
Dolor crónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Diabetes Tipo I o II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Trastornos de alimentación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Malnutrición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los																																																																																																																																																																																				
Enfermedad gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ganglios del cuello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Reflujo G.E./ardor persistente ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Alteraciones de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina en forma excesiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																	
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																					

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: _____

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?

Explique por favor: _____

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: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

