

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

## I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA (Deje en blanco si no comprende la pregunta)

1. Sí / No ¿Su estado general de salud es bueno?  
Si respondió NO, explique: \_\_\_\_\_
2. Sí / No ¿Ha habido algún cambio en su salud durante el último año?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_
3. Sí / No ¿Ha acudido al hospital o a la sala de urgencias, o ha tenido alguna enfermedad grave en los tres últimos años?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_
4. Sí / No ¿Actualmente es atendido por un médico? Si respondió SI, explique?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_  
Fecha del último examen médico: \_\_\_\_\_ Motivo del examen: \_\_\_\_\_
5. Sí / No ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_  
Fecha de último examen dental: \_\_\_\_\_ Nombre del último dentista tratante: \_\_\_\_\_
6. Sí / No ¿Siente dolor ahora?  
Si respondió, SI explique: \_\_\_\_\_

## II. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

- |         |                                       |         |                                      |         |                                   |
|---------|---------------------------------------|---------|--------------------------------------|---------|-----------------------------------|
| Sí / No | Dolor de pecho (angina)               | Sí / No | Sangre en las heces                  | Sí / No | Vómitos frecuentes                |
| Sí / No | Desmayos                              | Sí / No | Diarrea o constipación               | Sí / No | Ictericia                         |
| Sí / No | Considerable pérdida de peso reciente | Sí / No | Micción frecuente                    | Sí / No | Boca seca                         |
| Sí / No | Fiebre                                | Sí / No | Dificultad al orinar                 | Sí / No | Sed excesiva                      |
| Sí / No | Sudores nocturnos                     | Sí / No | Zumbido en los oídos                 | Sí / No | Dificultad al tragar              |
| Sí / No | Tos persistente                       | Sí / No | Dolores de cabeza                    | Sí / No | Tobillos inflamados               |
| Sí / No | Expectoración de sangre               | Sí / No | Mareos                               | Sí / No | Dolor o rigidez en articulaciones |
| Sí / No | Trastornos hemorrágicos               | Sí / No | Visión borrosa                       | Sí / No | Falta de aire                     |
| Sí / No | Sangre en la orina                    | Sí / No | Aparición de moretones con facilidad | Sí / No | Problemas de sinusitis            |

Otro: \_\_\_\_\_

## III. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO O TIENE ALGUNA DE LAS/OS SIGUIENTES? (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

- |         |                                           |         |                                     |         |                                  |
|---------|-------------------------------------------|---------|-------------------------------------|---------|----------------------------------|
| Sí / No | Enfermedad cardíaca                       | Sí / No | SIDA/HIV                            | Sí / No | Atención psiquiátrica            |
| Sí / No | Historial familiar de enfermedad cardíaca | Sí / No | Cirugías                            | Sí / No | Osteoporosis                     |
| Sí / No | Infarto                                   | Sí / No | Internación                         | Sí / No | Enfermedad tiroidea              |
| Sí / No | Articulación artificial                   | Sí / No | Diabetes                            | Sí / No | Asma                             |
| Sí / No | Problemas de estómago o úlceras           | Sí / No | Historial familiar de diabetes      | Sí / No | Hepatitis                        |
| Sí / No | Defectos cardíacos                        | Sí / No | Tumores o cáncer                    | Sí / No | Enfermedad de transmisión sexual |
| Sí / No | Soplo cardíaco                            | Sí / No | Quimioterapia                       | Sí / No | Herpes                           |
| Sí / No | Fiebre reumática                          | Sí / No | Radioterapia                        | Sí / No | Chancro o afta                   |
| Sí / No | Enfermedad de la piel                     | Sí / No | Artritis, reumatismo                | Sí / No | Anemia                           |
| Sí / No | Endurecimiento de las arterias            | Sí / No | Enfisema u otra enfermedad pulmonar | Sí / No | Enfermedad del hígado            |

Sí / No	Hipertensión	Sí / No	Enfermedad renal o de la vejiga	Sí / No	Enfermedad ocular
Sí / No	Convulsiones	Sí / No	Accidente cerebro-vascular	Sí / No	Trasplantes
Sí / No	Cirugía estética	Sí / No	Trastornos alimenticios	Sí / No	Tuberculosis
Sí / No	Cosmetic surgery	Sí / No	Eating disorders	Sí / No	Tuberculosis

Otro: \_\_\_\_\_

**IV. ¿ES USTED ALÉRGICO O HA SUFRIDO UNA REACCIÓN A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS?**

(Marque con un círculo Sí o No para cada uno)

Sí / No	Aspirina	Sí / No	Valium u otros sedantes	Sí / No	Codeína u otros narcóticos
Sí / No	Penicilina u otros antibióticos	Sí / No	Látex	Sí / No	Alimentos
Sí / No	Óxido nitroso	Sí / No	Anestésico local	Sí / No	Metal

Others: \_\_\_\_\_

**V. ¿ESTÁ CONSUMIENDO O HA CONSUMIDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES MESES?**

(Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No	Drogas recreativas	Sí / No	Tabaco en cualquier forma	Sí / No	Antibióticos
Sí / No	Medicamentos sin receta	Sí / No	Alcohol	Sí / No	Suplementos
Sí / No	Medicamentos para perder peso	Sí / No	Bifosfonato (Fosamax)	Sí / No	Aspirina
Sí / No	Antidepresivos	Sí / No	Suplementos herbales		

Por favor, enumere todos sus medicamentos bajo receta: \_\_\_\_\_

**VI. MUJERES SOLAMENTE** (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Está o podría estar embarazada? Si respondió SI, ¿de cuántos meses? \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Está amamantando? \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? \_\_\_\_\_

**VII. TODOS LOS PACIENTES** (Marque con un círculo Sí o No para cada una)

Sí / No ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico NO especificado en este formulario?  
Si respondió SI, explique: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Alguna vez ha sido pre-medicado para recibir tratamiento dental? Si respondió SI, ¿cuándo: \_\_\_\_\_

Sí / No ¿Alguna vez ha tomado Fen-Phen? Si respondió SI, ¿cuándo: \_\_\_\_\_

Sí / No **¿Tiene algún otro problema o afección que quisiera discutir con el dentista en privado?** \_\_\_\_\_

*La práctica de la odontología implica tratar a la persona completa. Si el dentista determina que puede existir una situación médicamente comprometida, es posible que necesite hacer una consulta médica antes de comenzar con el tratamiento dental.*

*Autorizo al dentista a ponerse en contacto con mi médico.*

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**¿A quién desea que contactemos en caso de emergencia?**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Vínculo:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Certifico que he leído y comprendo este formulario. A mi juicio, he respondido a cada pregunta de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. Además, no haré responsables a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al rellenar este formulario.**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (Padre o Tutor) Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del dentista Fecha

**ACTUALIZACIONES MÉDICAS**

He revisado mi historial clínico y confirmo que refleja con precisión mis afecciones pasadas y presentes.

FECHA	FIRMA DEL PACIENTE	CAMBIOS EN HISTORIAL CLÍNICO	INICIALES DENTISTA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Baselimplant  
DENTAL CARE  
Implant and Cosmetic Dentistry