

Revisión de Salud Dental

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____

Alguien le ha dicho que usted tiene uno de los siguientes trastornos?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desorden de Hemorragia | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo_____ | <input type="checkbox"/> TDAH/ Hiperactividad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las Encías | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Addison | <input type="checkbox"/> Dificultad de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática, enfermedad reumática del Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Trastorno Mental
Si, tipo_____ |
| <input type="checkbox"/> Soplo del Corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroideo | <input type="checkbox"/> Trastorno Neurológico
Si, tipo_____ |
| <input type="checkbox"/> Defecto genético del corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Tos persistente o tos con sangre |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Vasculat | <input type="checkbox"/> Artritis, reumatismo | <input type="checkbox"/> Sangrando anormal (después de cirugía o extracción de un diente) |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Pines/tornillos/varillas Ortopédicos | <input type="checkbox"/> Radiación/Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis Infecciosa | <input type="checkbox"/> Articulación Reemplazado
Si, año_____ | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón | <input type="checkbox"/> Articulación reemplazado_____ | <input type="checkbox"/> Dolor crónico de la espalda, el cuello, o las enyuntas |
| <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral | <input type="checkbox"/> Contrae moretones fácilmente | <input type="checkbox"/> Ansiedad/Preocupaciones de Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Implantes o aparatos prostéticos | <input type="checkbox"/> Falta de aliento después de ejercitarse o al acostarse |
| <input type="checkbox"/> Válvula Prostética del Corazón | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple |
| <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Hipertermia maligna | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral | <input type="checkbox"/> Infección VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica |
| <input type="checkbox"/> Ataque del Corazón (Infarto) | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Otra (Escribe abajo) |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Reflujo ácido | |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de Corazón | <input type="checkbox"/> Glaucoma | |
| <input type="checkbox"/> Otras condiciones cardiovasculares
Describe_____ | <input type="checkbox"/> Dependencia Química | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado, Ictericia | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho después de esfuerzo | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis Tipo_____ | <input type="checkbox"/> Hinchazón de los tobillos | |
| | <input type="checkbox"/> Convulsiones | |
| | <input type="checkbox"/> Necesita almohadas extras al dormir | |

OTRA: _____

Usa productos de tabaco? Si No

Esta embarazada? Si No

Esta amamantando? Si No

Lista de estancias en el hospital del pasado:

Es ALERGICO o ha tenido una reacción alérgica a:

- Ningunas alergias a drogas que sepa
- Anestesia local
- Penicilina u otros antibióticos
- Sulfonamidas
- Aspirina u otras medicamentos para el dolor
- Otra _____

Lista todos medicamentos, hierbas, y suplementos que toma.

A mi mejor conocimiento, la información proporcionada anteriormente es correcta.

Firma _____ **Fecha** _____