

## Center For Oral Surgery And Dental Implant

**Paciente:**

Por favor conteste todas las preguntas completamente. Vuelva a la recepción cuando haya terminado. Ha tenido (pasado o presente) cualquiera de las condiciones siguientes:

| #   | Pregunta   | Explicación | Y                     | N                     | ?                     | N/A                   |
|-----|--|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.  | Condición Cardíaca   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.  | Dolor de pecho   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.  | Hipertensión (Alta Presión)  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.  | Hipotensión (Baja Presión)   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.  | Fiebre reumática   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.  | Soplo en el corazón / Prolapso de válvula mitral (MVP)   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.  | Tobillos hinchados   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8.  | Falta de aliento   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9.  | Convulsión / Epilepsia   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. | Válvula artificial de corazón  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. | Tuberculosis - TB ( Ha vivido con alguien con TB)?   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. | Asma   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. | Tos persistente  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. | Bronquitis   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. | Enfisema - Enfermedad obstructiva crónica del pulmón (COPD)  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. | Alergia al polen   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. | Tos reciente   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. | Desorden nervioso o psiquiátrico   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. | Mareos   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. | Ha usado las drogas recreativas (marihuana, cocaína, heroína, crack, etc)  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. | Infección de vejiga urinaria   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. | Enfermedad renal   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. | Glaucoma   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. | Transfusión o donación reciente de sangre  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. | Está usted embarazada? Cuántas semanas?  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. | Diabetes   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. | Otros problemas endocrinos (como anomalías de tiroide)   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. | Anemia   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. | Desorden de la sangre (sangrado excesivo)  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. | Esplenectomía (le han sacado el bazo)  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. | V I H / SIDA / CRS   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. | Ha tomado usted Cortisona, Prednisona u otro esteroide o medicina anti rechazo (píldoras o inyección)?               |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. | Toma usted anticoagulantes (thinners de sangre)?   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. | Toma o ha tomado usted tranquilizantes, sedantes o antipsicóticos?   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. | Toma usted medicina/s para la hipertensión o enfermedad cardíaca?Escriba por favor la medicina/s                     |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. | Tiene usted cualquier alergia, incluyendo alergias a medicinas? Escriba por favor                                    |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. | Tiene usted dificultad para respirar por la nariz?   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. | Tiene usted o ha tenido usted problemas con la articulación de su mandíbula o articulación témporo mandibular (TMJ)? |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## Center For Oral Surgery And Dental Implant

**Paciente:**

Por favor conteste todas las preguntas completamente. Vuelva a la recepcion cuando haya terminado. Ha tenido (pasado o presente) cualquiera de las condiciones siguientes:

| #   | Pregunta  | Explicación | Y                     | N                     | ?                     | N/A                   |
|-----|---|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 39. | Ha tenido usted sangrado prolongado después de una cirugía?   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. | Ha tenido usted o tiene problemas de hepatitis o del hígado?  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. | Ha tenido o tiene usted cancer o alguna forma de tumor? Por favor explique y describa el tratamiento (pasado o presente).                                       |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. | Fuma? Si fuma, cuantas cajetillas en un día o a la semana?  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. | Usa usted lentes de contacto  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. | Ha sido usted dormido para un procedimiento médico?   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. | Tiene historial de alguna enfermedad de músculo o algún familiar con enfermedad de los músculos (como distrofia muscular).                                      |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. | Ha visto usted un médico en el año pasado?  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. | Escriba cualquier condición/es o enfermedad médica que no haya mencionado en este cuestionario.   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. | Escriba cualquier cirugía o hospitalización que usted tuvo en el pasado.  |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. | Incluyendo productos herbales y naturales mencione todos los medicamentos que esté tomando.   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. | Está tomando o ha tomado usted bisfosfonatos (como Fosamax, Boniva, Actonel, Aredia, Bondromat, Zometa) para osteoporosis o enfermedades relacionadas al hueso? |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. | Ha usted tomado alguna vez Redux o Fen-Phen para perder peso?   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52. | Entiendo la importancia de un historial médico veraz para ayudar al doctor a proporcionar el mejor cuidado posible.   |             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

A mi mejor entendimiento , todas mis respuestas son verdaderas y correctas. Tuve la oportunidad de discutir mi historial médico con el doctor.

Firma del Paciente o Custodio \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_