



# Información Médica

<p><b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b></p> <p>Usa lentes de contacto? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Articulaciones Artificiales.</b> 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 un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p><b>Alergias.</b> Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas <b>afirmativas</b>, 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 style="text-align: right;"><b>Sí No NS</b></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><b>SÓLO MUJERES</b> 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 style="text-align: right;"><b>Sí No NS</b></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><b>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</b></p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width:10%; text-align: center;">No</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NS</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width:10%; text-align: center;">No</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NS</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">Sí</th> <th style="width:10%; text-align: center;">No</th> <th style="width:10%; text-align: center;">NS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Válvula cardíaca artificial (prótesis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedad autoinmune <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Glaucoma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Previa endocarditis infecciosa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Válvulas dañadas en corazón transplantado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Lupus eritematoso sistémico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Epilepsia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Desmayos o ataques epilépticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>    ECC cianótica, sin reparar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Bronquitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Alteraciones neurológicas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>    Reparada en los últimos 6 meses (completamente) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Enfisema <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>    Si es así, especifique: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>    ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p><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></p> </td> <td colspan="4"> <p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> <td colspan="4"> <p>Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> </td> <td colspan="4"> <p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p> </td> <td colspan="4"> <p>Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> </td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>    Especifique: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>    Tipo de infección: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Sí	No	NS		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"/>				Glaucoma <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"/>				Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Válvulas dañadas en corazón transplantado <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"/>				Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Desmayos o ataques epilépticos <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"/>				Alteraciones neurológicas <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"/>				Si es así, especifique: _____				ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<p><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></p>				<p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p>				<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p>				<p>Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Especifique: _____				Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Tipo de infección: _____				Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Sí	No	NS		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"/>				Glaucoma <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"/>				Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Válvulas dañadas en corazón transplantado <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"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Desmayos o ataques epilépticos <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"/>				Alteraciones neurológicas <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"/>				Si es así, especifique: _____																																																																																																																																																																																																																																																					
ECC reparada con defectos residuales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sinusitis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones del sueño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
<p><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></p>				<p>Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>				<p>Usted ronca? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																																																																																																																																																																																																																																					
<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p>				<p style="text-align: center;"><b>Sí No NS</b></p>				<p>Alteraciones mentales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																																																																																																																																																																																																																																																					
Enfermedad cardiovascular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolores de pecho por esfuerzo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Especifique: _____																																																																																																																																																																																																																																																					
Angina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Dolor crónico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Infecciones recurrentes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Arterioesclerosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Diabetes Tipo I o II <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Tipo de infección: _____																																																																																																																																																																																																																																																					
Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Trastornos de alimentación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones renales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Daño en las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Malnutrición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Sudor nocturno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Infarto del miocardio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedad gastrointestinal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Osteoporosis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Reflujo G.E./ardor persistente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Inflamación persistente de los ganglios del cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Presión arterial baja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Úlceras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Cefaleas graves/jaquecas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Presión arterial alta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Alteraciones de la tiroides <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Pérdida de peso severa o rápida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
Otros defectos congénitos del corazón <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Derrame cerebral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				Enfermedades venéreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
								Orina en forma excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____</p> <p style="text-align: right;">Teléfono: <i>Incluya código del área</i> (    )</p> <p>Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Explique por favor: _____</p>																																																																																																																																																																																																																																																													

**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: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_