

Información Medica



Nombre en caso de emergencia \_\_\_\_\_

Numero en case de emergencia \_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_

TIENE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS?

- Tuberculosis, Tos persistente de mas de 3 semanas, Tos que produce sangre, Ha estado expuesto a alguien con tuberculosis

HISTORIAL MEDICO

Esta bajo el cuidado de algún medico?

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Esta en buen estado de salud? SI NO Cual cambio con su salud en el ultimo año? SI NO

Ha tenido alguna enfermedad grave o estado hospitalizado en los últimos 5 años? SI NO

Esta tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado? SI NO

Nombre todas las vitaminas, medicamentos naturales o herbales que este tomando.

Ha tenido algún remplazo ortopédico? SI NO FECHA \_\_\_\_\_

Utiliza sustancias controladas (drogas)? SI NO Utiliza tabaco? SI NO

Toma bebidas alcohólicas? SI NO

MUJERES UNICAMENTE. Esta usted:

Embarazada SI NO Numero de semanas \_\_\_\_\_
Tomando anticonceptivos SI NO Dando pecho SI NO

ALERGIAS.

- Anestésicos locales, Aspirina, Penicilina u otro antibiótico, Sedantes o pastillas para dormir, Sulfamidas, Codeína u otros narcóticos, Metales, Látex, Yodo, Fiebre estacional, Animales, Comida

Algún otro \_\_\_\_\_

CARDIOPATIA CONGENITA. Por favor indique si tiene algunas de las siguientes;

- Válvula artificial (prótesis), Endocarditis infecciosa, Válvula dañada en trasplante de corazón, Cardiopatía congénita, CC cianótica no reparada, Reparó en los últimos 6 meses, Reparó con defectos residuales

OTRAS ENFERMEDADES Y CONDICIONES. Indique si tiene alguna de las siguientes;

- Enfermedad cardiovascular, Angina de pecho, Arteriosclerosis, Insuficiencia cardiaca congestiva, Válvulas dañadas, Ataque al corazón, Soplo en el corazón, Baja presión, Alta presión, Otros problemas del corazón, Prolapso de la válvula mitral, Marcapasos, Fiebre reumática, Cardiopatía reumática, Sangrado anormal, Anemia, Transfusión de sangre, Hemofilia, SIDA o VIH, Artritis, Enfermedad autoinmune, Artritis reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, Asma, Bronquitis, Enfisema, Sinusitis, Tuberculosis, Cáncer/Quimioterapia/Radiación, Dolor torácico al esfuerzo, Dolor crónico, Diabetes Tipo I o II, Desorden alimenticio, Malnutrición, Enfermedad gastrointestinal, Reflujo/acidez estomacal persistente, Tiroides, Infarto, Glaucoma, Hepatitis o enfermedad hepática, Epilepsia, Desmayos o convulsiones, Desordenes neurológicos, Problemas para dormir, Desordenes mentales, Infecciones recurrentes, Problemas del riñón, Sudores nocturnos, Osteoporosis, Glándulas en el cuello inflamadas, Fuertes dolores de cabeza o migrañas, Perdida de peso severa o rápida, Enfermedad de transmisión sexual, Micción excesiva

PRE-MEDICACION

Algún medico o dentista le ha recomendado que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? Si es así, indique su nombre y numero de teléfono.

Tiene alguna otra enfermedad o condición no mencionada que cree deberíamos saber?

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_