

Cuestionario de salud para cirugía bucal

Nombre del paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Número de historia clínica:** _____

Edad: _____ **Sexo:** _____ **Estatura:** _____ **Peso:** _____ **IMC:** _____ **Presión arterial:** _____

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS Y COMPLETE LOS ESPACIOS EN BLANCO. LAS RESPUESTAS SON PARA NUESTROS REGISTROS ÚNICAMENTE Y SON CONFIDENCIALES.

1. ¿Bebió o comió algo hoy? _____ Sí No
2. Su estado de salud, ¿es bueno? _____ Sí No
3. Su último examen físico fue el _____
4. ¿Recibe atención por parte de un médico? _____ Sí No
Si es así, ¿para qué afección(es)? _____
Nombre y número _____
5. ¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha sido internado? Especifique: _____ Sí No
6. ¿Ha tenido hematomas o sangrado anormales asociados a extracciones, cirugías o traumatismos previos? _____ Sí No
7. ¿Recibió alguna vez una transfusión de sangre? ¿Por qué? _____ Sí No
8. Enumere TODOS los medicamentos, las vitaminas y los suplementos _____
9. ¿Consume bebidas alcohólicas? ¿Qué cantidad? _____ Sí No
¿Con qué frecuencia? _____
10. ¿Consume tabaco o marihuana? ¿Qué cantidad? ¿Cuándo consumió por última vez? _____ Sí No
11. ¿Consumió alguna vez drogas recreativas (p. ej., cocaína, metanfetaminas)? ----- Especifique _____ Sí No
¿Cuándo consumió por última vez? _____
12. ¿Consume aceite de cannabidiol y/o cualquier otro medicamento sintético y/o natural legal o ilegal? Especifique: _____ Sí No
13. Estratificación del riesgo de sobredosis:
 - A. ¿Tiene antecedentes de sobredosis? _____ Sí No
 - B. ¿Tiene antecedentes de trastorno por consumo de sustancias? _____ Sí No
 - C. ¿Está en riesgo de volver a tomar una dosis alta de opioides? _____ Sí No
14. ¿Está tomando alguno de los siguientes?
 - A. Analgésicos opioides (p. ej., Norco, Percocet, codeína, Vicodin, metadona) ¿Última dosis? _____ Sí No
 - B. Benzodiazepina (p. ej., Xanax, Valium, Ativan, etc.) _____ Sí No
 - C. Antibióticos (p. ej., amoxicilina, Z-Pak, clindamicina) _____ Sí No
 - D. Anticoagulantes (p. ej., Plavix, Coumadin, Pradaxa, Xarelto, Eliquis) _____ Sí No
 - E. Presión arterial, pastillas para el corazón, nitroglicerina _____ Sí No
 - F. Cortisona (corticoesteroides) _____ Sí No
 - G. Insulina o medicamentos para la diabetes _____ Sí No
 - H. Pastillas para adelgazar, ahora o en el pasado, (p. ej., Fenfluramina-fentermina, fentermina, Redux, dexfenfluramina) _____ Sí No
15. ¿Recibió alguna vez píldoras o medicamentos inyectables de bisfosfonatos para la osteoporosis o quimioterapia (p. ej., Fosamax, Actonel, Aredia, Boniva, Reclast, Zometa)? _____ Sí No
Si respondió "Sí", ¿en qué forma? (Encierre en un círculo) Píldoras, medicamentos inyectables o ambos
¿Durante cuánto tiempo? _____ ¿Última dosis? _____
16. ¿Recibió alguna vez radioterapia en la cabeza y/o en el cuello? _____ Sí No
¿Por qué? ¿Cuándo? _____
17. ¿Recibió alguna vez un inhibidor del ligando RANK o medicamentos antiangiogénicos (Prolia o Xgeva (denosumab), Sutent (sunitinib), Avastin (bevacizumab), Nexavar (sorafenib), Votrient (pazopanib), Afinitor (everolimus))? _____ Sí No
18. ¿Tiene problemas en la ATM (articulación de la mandíbula) (dolor, chasquidos, abertura limitada)? _____ Sí No
19. ¿Tiene prótesis dentales, coronas flojas, dientes temporales? _____ Sí No
20. ¿Alguna vez le indicaron antibióticos antes de un tratamiento/una cirugía dental? ¿Por qué? _____ Sí No
21. ¿Tiene antecedentes de reacciones adversas o complicaciones con anestesia/sedación previa (antecedentes familiares)? Explique _____ Sí No
22. ¿Está embarazada? ¿Está amamantando? _____ Sí No
23. Tiene **ALERGIA** o reacción de forma adversa a:
 - A. Penicilina, clindamicina, otros antibióticos _____ Sí No
 - B. Anestesia local (lidocaína, novocaína) _____ Sí No
 - C. Analgésicos (Norco, Percocet, codeína, Vicodin) _____ Sí No
 - D. Barbitúricos, sedantes, pastillas para dormir _____ Sí No
 - E. Aspirina, AINE (Motrin, Aleve, ibuprofeno) _____ Sí No
 - F. Huevos, soya, mariscos, camarones, yodo _____ Sí No
 - G. Látex _____ Sí No
 - H. Enumere **todas las alergias farmacológicas** _____
24. ¿Alguna vez tuvo alguna de las siguientes enfermedades?

CARDÍACA (encierre en un círculo la afección)

Presión arterial alta, colesterol alto _____ Sí No

Dolor de pecho, angina, ataque cardíaco _____ Sí No

Insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias _____ Sí No

Soplo cardíaco, latidos cardíacos irregulares _____ Sí No

Cirugía cardíaca (bypass, stents, válvulas, etc.) _____ Sí No

Accidente cerebrovascular, AIT (accidente isquémico transitorio), lipotimia _____ Sí No

Fiebre reumática, daño cardíaco _____ Sí No

Antecedentes familiares de enfermedades cardíacas _____ Sí No

PULMONAR (encierre en un círculo la afección)

Asma, bronquitis _____ Sí No

Enfisema, EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica) _____ Sí No

Enfermedad pulmonar, TB (tuberculosis), tos crónica _____ Sí No

¿Tuvo tos, congestión o fiebre en las últimas 4 semanas? _____ Sí No

HEPÁTICA (encierre en un círculo la afección)

Hepatitis, cirrosis, enfermedad hepática/cáncer _____ Sí No

RENAL (encierre en un círculo la afección)

Enfermedad renal, diálisis _____ Sí No

GASTROINTESTINAL (encierre en un círculo la afección)

ERGE (reflujo gastroesofágico), úlceras estomacales _____ Sí No

Enfermedad gastrointestinal/cáncer _____ Sí No

ENDOCRINA (encierre en un círculo la afección)

Diabetes (insulinodependencia o no) _____ Sí No

Trastornos, tumores o cáncer tiroideos _____ Sí No

SANGUÍNEA (encierre en un círculo la afección)

Anemia, hemofilia _____ Sí No

Trastornos hemorrágicos (cualquier antecedente familiar) _____ Sí No

ÓSEA (encierre en un círculo la afección)

Artritis, Osteoporosis _____ Sí No

Reemplazo de prótesis articular _____ Sí No

OTRA (encierre en un círculo la afección)

Alergias, problemas sinusales _____ Sí No

Convulsiones, epilepsia --- Último episodio _____ Sí No

Trastornos mentales (ansiedad, depresión, TDA [trastorno de déficit de atención]) _____ Sí No

Algún tipo de cáncer --- Especifique: _____ Sí No

Apnea del sueño, ronquidos fuertes _____ Sí No

Hipertermia maligna (cualquier antecedente familiar) _____ Sí No

VIH o SIDA, Recuento de linfocitos T _____ Sí No

Enfermedades de transmisión sexual _____ Sí No

Especifique: _____

Trastornos autoinmunitarios _____ Sí No

Especifique: _____

Glaucoma _____ Sí No

Antecedentes de trasplante de órganos _____ Sí No

Especifique: _____

Trastornos alimenticios (anorexia, bulimia, etc.) _____ Sí No

Otras _____

He completado este cuestionario de salud en su totalidad. He informado acerca de todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

... El doctor: revisó el formulario de antecedentes de salud precedente.

Firma del médico: _____ Fecha: _____