First Flight Health Centers™

ANTECEDENTES MÉDICOS Y ODONTOLÓGICOS

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento:_____ Sexo:_____ Nombre del médico:_____

¿Cuándo fue su último examen físico? _____ ¿Están sus vacunas al día? ☐ Sí ☐ No

¿Está bajo la atención de un médico? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál es el motivo? _____

¿Toma actualmente medicamentos/fármacos/pastillas? ☐ Sí ☐ No Haga una lista: _____

_____

¿Es alérgico (o ha tenido reacciones adversas) a alguno de los siguientes medicamentos?
☐ Penicilina ☐ Codeína Anestesia local ☐ Aspirina ☐ Ninguno
☐ Otro ☐ Otro antibiótico Describa: _____

¿Es sensible o alérgico al látex? (es decir, experimenta picazón, sarpullido o sibilancias después de usar guantes de látex o manipular un globo)
☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, explique: _____

¿Ha tenido reacciones inusuales o sin explicación durante un procedimiento quirúrgico? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, explique: _____

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? (Sí o No)

Sí	No		Sí	No		Sí	No	
☐	☐	Presión arterial anormal	☐	☐	Epilepsia	☐	☐	Osteoporosis
☐	☐	Alcoholismo	☐	☐	Desmayos	☐	☐	Sangrado prolongado
☐	☐	Anemia	☐	☐	Glaucoma	☐	☐	Implantes prostéticos
☐	☐	Anorexia	☐	☐	Deterioro auditivo	☐	☐	Atención psiquiátrica
☐	☐	Artritis/reumatismo	☐	☐	Enfermedad cardíaca/cirugía	☐	☐	Radioterapia
☐	☐	Válvula cardíaca artificial	☐	☐	Soplo cardíaco	☐	☐	Extirpación del bazo
☐	☐	Articulación artificial	☐	☐	Marcapasos cardíaco	☐	☐	Fiebre reumática
☐	☐	Asma	☐	☐	Hemofilia	☐	☐	Cardiopatía reumática
☐	☐	Bulimia	☐	☐	Hepatitis ☐ A ☐ B ☐ C	☐	☐	Anemia de células falciformes
☐	☐	Cáncer	☐	☐	VIH positivo/SIDA	☐	☐	Problemas sinusales
☐	☐	Dependencia a sustancias químicas	☐	☐	Problemas renales	☐	☐	Accidente cerebrovascular
☐	☐	Quimioterapia	☐	☐	Discapacidad del aprendizaje	☐	☐	Problemas de tiroides
☐	☐	Enfermedad cardíaca congénita	☐	☐	Enfermedad hepática	☐	☐	Tuberculosis
☐	☐	Medicamento de cortisona	☐	☐	Enfermedad pulmonar	☐	☐	Tumores
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Prolapso de la válvula mitral	☐	☐	Úlceras
☐	☐	Drogas recreativas	☐	☐	Trastornos neurológicos	☐	☐	Enfermedad venérea
☐	☐	Enfisema	☐	☐	Trasplante de órganos	☐	☐	¿Tiene bruxismo o rechina los dientes?
☐	☐	¿Tiene trastorno de la articulación temporomandibular?				☐	☐	¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?
☐	☐	¿Ha tenido sangrado prolongado después de las extracciones?						

¿Ha tenido otras enfermedades, hospitalizaciones u accidentes graves? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, explique: _____

¿Actualmente fuma o usa los siguientes productos de tabaco? ☐ Cigarrillos ☐ Cigarros ☐ Pipa ☐ Masticables ☐ Ninguno

¿Ha usado productos de tabaco en el pasado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? _____

MUJERES: ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No ¿Está amamantando? ☐ Sí ☐ No

Paciente/Padre/Tutor legal: _____ Fecha: _____

Relación: _____

Dentista: _____ Fecha: _____