

IV. ¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS?

- | | | | |
|-----------|---|--------------------------------------|---|
| 30. SÍ NO | ¿Dolor en el pecho (angina)? | 41. SÍ NO | ¿Dolores de cabeza? |
| 31. SÍ NO | ¿Tobillos hinchados? | 42. SÍ NO | ¿Desmayos? |
| 32. SÍ NO | ¿Falta de aliento? | 43. SÍ NO | ¿Visión borrosa? |
| 33. SÍ NO | ¿Pérdida de peso reciente, fiebre o sudores nocturnos? | 44. SÍ NO | ¿Convulsiones? |
| 34. SÍ NO | ¿Problemas de sangrado, le salen moretones con facilidad? | Fecha de la última convulsión: _____ | |
| 35. SÍ NO | ¿Problemas de sinusitis? | 45. SÍ NO | ¿Sed excesiva? |
| 36. SÍ NO | ¿Dificultad para tragar? | 46. SÍ NO | ¿Orinar con frecuencia? |
| 37. SÍ NO | ¿Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces? | 47. SÍ NO | ¿Boca seca? |
| 38. SÍ NO | ¿Vómitos frecuentes, náuseas? | 48. SÍ NO | ¿Dolor o rigidez en las articulaciones? |
| 39. SÍ NO | ¿Dificultad para orinar, sangre en la orina? | | |
| 40. SÍ NO | ¿Mareos, zumbido en los oídos? | | |

V. ¿SE SOMETE O SE HA SOMETIDO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS?:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| 49. SÍ NO | ¿Atención psiquiátrica? | 57. SÍ NO | ¿Ha cambiado algo desde su última cita? |
| 50. SÍ NO | ¿Tratamientos de radiación? | Si la respuesta es "Sí", explique: _____ | |
| 51. SÍ NO | ¿Quimioterapia? | _____ | |
| 52. SÍ NO | ¿Cirugías? Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? | Fecha: _____ Inicio: _____ | |
| _____ | | Fecha: _____ Inicio: _____ | |
| 53. SÍ NO | ¿Hospitalización? | Fecha: _____ Inicio: _____ | |
| 54. SÍ NO | ¿Transfusiones de sangre? | Fecha: _____ Inicio: _____ | |
| 55. SÍ NO | ¿Marcapasos? | Fecha: _____ Inicio: _____ | |
| 56. SÍ NO | ¿Tiene alguna otra enfermedad o problema médico que NO se mencione en este formulario? | | |
| Si la respuesta es "Sí", explique: _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |
| _____ | | | |

VIII. SOLO PARA MUJERES:

58. SÍ NO ¿Está o podría estar embarazada o amamantando?

Según mi leal saber y entender, respondí todas las preguntas de forma completa y precisa. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____