

**CONSULTORIOS DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL DR. EDUARDO RUBIO
PLANILLA DE ADMISION DE PACIENTES**

Apellido y Nombre: _____ Fecha : _____

Datos Personales:

Soltero Casado Divorciado Menor Hombre Mujer Edad _____ F. Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Tel.: Partic. _____ Laboral _____

Ciudad: _____ Código: _____ Ocupación: _____

Derivado por: _____ E-mail: _____

Teléfono : _____ D.N.I.: _____

Información de Cobertura Médica:

Empresa: _____

Nº de Socio: _____

Plan: _____ Gravado / Excento

Observaciones: _____

POR FAVOR RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

(Todas las respuestas son confidenciales)

- | | | | |
|--|-----|--|-----|
| 1. Está Ud. en buen estado de salud | S N | 11. Está tomando alguna de los siguientes medicamentos | |
| 2. Ha habido algún cambio en su salud en el último año? | S N | A. Tagamet? | S N |
| 3. Fecha de su última consulta Médica _____ | | B. Medicación Tiroidea? | S N |
| 4. Está Ud. bajo atención médica por algún problema en particular? | S N | C. Antibióticos? | S N |
| en caso afirmativo, por qué? _____ | | D. Anticoagulantes? | S N |
| 5. Tuvo enfermedades serias, operaciones u hospitalización? | S N | E. Medicación para la hipertensión? | S N |
| Si es afirmativo, explique _____ | | F. Esteroides, cortisona, etc.? | S N |
| _____ | | G. Tranquilizantes (valium, etc.)? | S N |
| 6. Sufrió efectos adversos durante tratamientos odontológicos? | S N | H. Insulina, diabinese, o similares? | S N |
| 7. Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? | | I. Digital, inderal, nitroglicerina, u otra medicación para el corazón? | S N |
| A. Fiebre reumática | S N | J. Aspirina o ibuprofeno (Ibupirac, etc)? | S N |
| B. Enfermedad cardíaca congénita | S N | Con qué frecuencia? _____ | |
| C. Enfermedad cardiovascular(probl. cardíacos, ataque cardíaco, enfermedad coronaria, angina de pecho, hipertensión, palpitaciones, cirugía cardíaca, cateterización, marcapaso, otras) | S N | K. Antihistamínicos u otros descongestionantes? | S N |
| D. Enfermedad pulmonar (asma, enfisema, bronquitis crónica, neumonía, tuberculosis, dificultad para respirar, dolor de pecho severos resfríos) | S N | L. Drogas para pérdida de peso? | S N |
| E. Convulsiones, epilepsia, tratamiento psiquiátrico, mareos. | S N | M. Cualquier otro medicamento? | S N |
| F. Alteraciones sanguíneas, tendencia a hemorragias, transfusiones o moretones frecuentes | S N | Por favor especifique _____ | |
| G. Enfermedad hepática | S N | 12. Es Ud. Alérgico o ha tenido reacciones con: | |
| H. Enfermedad renal | S N | A. Anestésicos locales? | S N |
| I. Diabetes | S N | B. Penicilina, amoxicilina, cefalosporinas u otros antibióticos? | S N |
| J. Enfermedad Tiroidea | S N | C. Barbitúricos, sedantes, etc? | S N |
| K. Artritis | S N | D. Aspirina o ibuprofeno? | S N |
| L. Ulcera estomacal | S N | E. Otros analgésicos? | S N |
| M. Glaucoma | S N | F. Latex o similares? | S N |
| N. Frecuentes infecciones bucales | S N | G. Otras reacciones alérgicas? | S N |
| O. Colocación de implantes en el cuerpo (válvula card., cadera, rodilla) | S N | Por favor especifique _____ | |
| P. Tratamiento radiante o quimioterapia | S N | 13. Usa lentes de contacto? | S N |
| Q. Ruidos o dolores en articulaciones, dolor de oídos, cuello, dificultad para abrir la boca, morder, o masticar | S N | 14. Fuma? Cuántos por día? _____ | S N |
| R. Problemas nasales o sinusales | S N | 15. Bebe alcohol? Cuánto? _____ | S N |
| S. Enfermedades o drogas que puedan suprimir su sistema inmune | S N | 16. Fue atendido por abuso de drogas, alcoholismo o trastornos emocionales? | S N |
| T. Infecciones recurrentes de cualquier tipo | S N | 17. Mujeres: Está embarazada? | S N |
| 8. Ud. ronca? | S N | Está tomando anticonceptivos orales? | S N |
| 9. Interrumpe la respiración mientras duerme? | S N | Está bajo trat. de reemplazo hormonal? | S N |
| 10. Está tomando medicamentos para fijar el hueso? | | 18. Tiene o ha tenido algún problema o enfermedad no listado anteriormente que piensa que su doctor debería conocer? | S N |
| | | Por favor especifique : _____ | |
| | | 19. Desearía hablar privadamente con el Dr. acerca de algo? | S N |

Entiendo la necesidad de proveer información veraz al doctor para ayudarlo a brindarme la mejor atención posible. La información que he brindado es precisa y completa.

Firma del Paciente (familiar) _____ Fecha _____