



---

Ha estado hospitalizado o tenido alguna cirugía? ( Si por favor explique la razón )

---

Ha tenido una alguna lesión en su cuello o cabeza? ( Si por favor explique la razón )

---

Ha tomado alguna vez medicamento Fosamax , Boniva , Actonel o cualquier medicamento que contenga bifosfonatos? ( Si por favor explique la razón )

---

**Es alérgico alguno de los siguientes?**

- |                                   |                                     |                                    |  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína   | <input type="checkbox"/> Látex                 |
| <input type="checkbox"/> Acrílico | <input type="checkbox"/> Metal      | <input type="checkbox"/> Anestesia | <input type="checkbox"/> Medicamentos de Sulfa |

Si está tomando algún medicamento, indíquelos: \_\_\_\_\_

---

Si padece o padeció alguna de las siguientes condiciones solo marque:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia          | <input type="checkbox"/> Coyunturas artificiales        | <input type="checkbox"/> Artritis                  |
| <input type="checkbox"/> Alta Presion    | <input type="checkbox"/> Valvula artificial del corazon | <input type="checkbox"/> Asma                      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes        | <input type="checkbox"/> Herpes                         | <input type="checkbox"/> Sida o HIV                |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis    | <input type="checkbox"/> Enfermedad en la sangre        | <input type="checkbox"/> Trandficion de sangre     |
| <input type="checkbox"/> Cancer          | <input type="checkbox"/> Chemoterapia                   | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho         |
| <input type="checkbox"/> Ulceras Bucales | <input type="checkbox"/> Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Desmayos                  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia       | <input type="checkbox"/> Enfisema                       | <input type="checkbox"/> Sangrado exesivo          |
| <input type="checkbox"/> Tos frecuente   | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente              | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente |
| <input type="checkbox"/> Glucoma         | <input type="checkbox"/> Murmullo en el corazon         | <input type="checkbox"/> Problemas del corazon     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A     | <input type="checkbox"/> Hepatitis B/C                  | <input type="checkbox"/> Marcapazos                |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol     | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia                   | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 |
| <input type="checkbox"/> Leucemia        | <input type="checkbox"/> Precion Baja                   | <input type="checkbox"/> Problemas del rinon       |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis    | <input type="checkbox"/> Problemas del higado           | <input type="checkbox"/> Tiroides                  |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis       | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios        | <input type="checkbox"/> Problems del pulmon       |
| <input type="checkbox"/> Ulceras         | <input type="checkbox"/> Prolapso de Valvula Mitral     | <input type="checkbox"/> Dyalisis                  |
| <input type="checkbox"/> Embolia         | <input type="checkbox"/> Artritis reumática             | <input type="checkbox"/> Problemas en el estomago  |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis    | <input type="checkbox"/> Tratamiento de radiación       | <input type="checkbox"/> Espina bífida             |
| <input type="checkbox"/> Anginas         | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas          | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata          |
| <input type="checkbox"/> Fuma tabaco     | <input type="checkbox"/> Pies o tobillos hinchados      | <input type="checkbox"/> Embarazada (mujeres)      |

Ha tenido alguna vez una enfermedad seria que no se encuentre en la lista de arriba? ( si explique )

---

Certifico que la información arriba indicada es, según mi leal saber y entender, completa, verídica y correcta. Yo entiendo que soy completamente responsable de informar al doctor en caso de un cambio en mi historia médica mía o de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o Tutor Legal

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha