



# Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

| <p><b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b></p> <p>Usa lentes de contacto? ..... <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/> <b>NS</b></p> <p><b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____</p> <p>Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del comienzo del Tratamiento: _____</p> <p><b>Alergias</b> - Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción - a: <b>Sí No NS</b></p> <p>En todas las respuestas <b>afirmativas</b>, especifique el tipo de reacción.</p> <p>Anestésicos locales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Aspirina _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Penicilina u otros antibióticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sulfas _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Codeína u otros narcóticos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Usa sustancias reguladas (drogas)? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, le interesaría dejar de hacerlo?<br/>(marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA</p> <p>Bebe bebidas alcohólicas? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____</p> <p>Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____</p> <p><b>SÓLO PARA MUJERES</b> Está usted:</p> <p>Embarazada?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Número de semanas: _____</p> <p>Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Amamantando? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sí No NS</b></p> <p>Metales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Látex (goma) _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Yodo _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Polen (fiebre del heno)/ estacional _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Animales _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Alimentos _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Otros _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><i>Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.</i></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;"></th> <th style="width:11%;"><b>Sí</b></th> <th style="width:11%;"><b>No</b></th> <th style="width:11%;"><b>NS</b></th> <th style="width:34%;"></th> <th style="width:11%;"><b>Sí</b></th> <th style="width:11%;"><b>No</b></th> <th style="width:11%;"><b>NS</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Válvula cardíaca artificial (prótesis).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfermedad autoinmune .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Previa endocarditis infecciosa.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Artritis reumatoidea .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lupus eritematoso sistémico.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardíaca congénita (ECC)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Asma .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>    ECC cianótica, sin reparar.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bronquitis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>    Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Enfisema .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>    ECC reparada con defectos residuales .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sinusitis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="8"><i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i></td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> <td><b>NS</b></td> <td></td> <td><b>Sí</b></td> <td><b>No</b></td> <td><b>NS</b></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad cardiovascular .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Prolapso de la válvula mitral .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Angina .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Marcapasos.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arterioesclerosis .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Fiebre reumática.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insuficiencia cardíaca</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Enfermedad cardíaca reumática ..</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>    congestiva.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sangramiento anormal.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Daño en las válvulas cardíacas...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anemia .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Infarto del miocardio.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Transfusión sanguínea .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soplo en el corazón.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>    Si es así, fecha: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial baja.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hemofilia .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>SIDA o infección por VIH.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros defectos congénitos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Artritis.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>    del corazón .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: _____</p> <p>Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Explique por favor: _____</p> |                          | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                           | <b>NS</b>                |                          | <b>Sí</b>                | <b>No</b> | <b>NS</b> | Válvula cardíaca artificial (prótesis)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Previa endocarditis infecciosa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Válvulas dañadas en corazón trasplantado..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus eritematoso sistémico..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad cardíaca congénita (ECC) |  |  |  | Asma ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ECC cianótica, sin reparar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reparada en los últimos 6 meses (completamente)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ECC reparada con defectos residuales ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i> |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>Sí</b> | <b>No</b> | <b>NS</b> |  | <b>Sí</b> | <b>No</b> | <b>NS</b> | Enfermedad cardiovascular ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la válvula mitral ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Angina ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arterioesclerosis ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Insuficiencia cardíaca |  |  |  | Enfermedad cardíaca reumática .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | congestiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangramiento anormal..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Daño en las válvulas cardíacas... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Infarto del miocardio..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión sanguínea ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soplo en el corazón..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, fecha: _____ |  |  |  | Presión arterial baja..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o infección por VIH..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros defectos congénitos |  |  |  | Artritis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | del corazón ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |
|--|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--|--|--|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|-----------|-----------|--|-----------|-----------|-----------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--|--|--|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--|--|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--|--|--|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
|  | <b>Sí</b>  | <b>No</b>                | <b>NS</b>                |                                     | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>NS</b>                |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Válvula cardíaca artificial (prótesis).....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad autoinmune .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Previa endocarditis infecciosa.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Artritis reumatoidea .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Válvulas dañadas en corazón trasplantado.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lupus eritematoso sistémico.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Enfermedad cardíaca congénita (ECC)  |  |                          |                          | Asma .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| ECC cianótica, sin reparar.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bronquitis.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfisema .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| ECC reparada con defectos residuales .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sinusitis.....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| <i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>  |  |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
|  | <b>Sí</b>  | <b>No</b>                | <b>NS</b>                |                                     | <b>Sí</b>                | <b>No</b>                | <b>NS</b>                |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Enfermedad cardiovascular .....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prolapso de la válvula mitral ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Angina .....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcapasos.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Arterioesclerosis .....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática.....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Insuficiencia cardíaca   |  |                          |                          | Enfermedad cardíaca reumática ..    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| congestiva.....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sangramiento anormal.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Daño en las válvulas cardíacas...  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Infarto del miocardio.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Transfusión sanguínea .....         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Soplo en el corazón.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si es así, fecha: _____             |                          |                          |                          |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Presión arterial baja.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemofilia .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Presión arterial alta.....   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | SIDA o infección por VIH.....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| Otros defectos congénitos  |  |                          |                          | Artritis.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |
| del corazón .....  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |                          |                          |           |           |   |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |   |                          |                          |                          |                                  |                          |                          |                          |                                     |  |  |  |            |                          |                          |                          |                                 |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |  |                          |                          |                          |                |                          |                          |                          |   |  |  |  |  |  |  |  |  |           |           |           |  |           |           |           |                                 |                          |                          |                          |                                     |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                         |                          |                          |                          |                       |                          |                          |                          |                        |  |  |  |                                  |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                           |                          |                          |                          |                                   |                          |                          |                          |              |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                             |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                         |  |  |  |                            |                          |                          |                          |                 |                          |                          |                          |                            |                          |                          |                          |                               |                          |                          |                          |                           |  |  |  |               |                          |                          |                          |                   |                          |                          |                          |  |  |  |  |

**NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.**

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_