



Alerta médica: Ejemplo de Alerta Meidca	Condición: Buen Condicion	Premedicación: Ninguna	Alergias: Ninguna	Anestesia: Ninguna	Fecha: 8 de Octubre del 2023
---	---------------------------------	---------------------------	----------------------	-----------------------	------------------------------------

### INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: Alan Humberto		Apellido paterno: Garcia		Apellido materno: Rodriguez		Tel. de trabajo: 6645142536	
Celular: 6645249856		Correo electrónico: prueba1@gmail.com					
Edad: 23	Fecha de nacimiento: 29 de Agosto del 2000	Estatura: 178.00		Peso: 70.00		Genero: Masculino	
Nacionalidad: Mexicano		Estado civil: Soltero		Ocupación: Estudiante			
Dirección: Avenida Paseo del Gaycura				Código postal: 22216			
Contacto en caso de emergencia: 6644587485				Parentesco: Familiar		Teléfono: 6641235263	
Teléfono y dirección de su servicio médico en caso de urgencia: Clinia 1 Paseo del Rio 3ra Etapa							
Aseguranza: Clinica 1							

### PADRE O TUTOR DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)

Nombre: Humberto	Apellido paterno: Garcia	Apellido materno: Toribio	Edad: 51	Parentesco: Padre
Celular: 6641255869		Correo electrónico: humberto@hotmail.com		
Dirección: Avenida Paseo del Guaycura			Ciudad: Tijuana	Código postal: 22216

### INFORMACIÓN DENTAL

¿Le sangran sus encías al cepillarse?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Cuál es el motivo de su consulta? Limpieza
¿Ha recibido tratamiento periodontal (de las encías)?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Fecha de su última consulta dental: 26/02/2015
¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia (frenos)?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	¿Cuál fue el tratamiento que le hicieron esa vez? Limpieza
¿Tiene dientes sensibles al frío, calor, dulce o a la presión?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No Sé <input type="checkbox"/>	Fecha de sus últimos rayos X dentales: 12/04/2003

## INFORMACIÓN DENTAL

¿Siente flojo alguno de sus dientes?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes? 2	
¿Tiene dolor de oído o de cuello?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Usa el hilo dental?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>
¿Usa prótesis dentales removibles (aparatos)?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Anteriormente le han enseñado la técnica de cepillado y de uso del hilo dental?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>
¿Ha tenido alguna experiencia desagradable en tratamientos dentales recibidos anteriormente?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>		
¿cuál? Ninguna			

## INFORMACIÓN MÉDICA

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?			
Tuberculosis activa	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Tiene buen estado de salud general?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>
Tos persistente por más de tres semanas	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Toma o ha tomado algún medicamento recientemente?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>
Tos que produce sangre	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Cuál? ¿Para qué lo toma? Ninguno	
¿Toma bebidas alcohólicas?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Le ha recomendado el médico o dentista anterior que tome antibiótico antes de recibir tratamiento dental?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>
¿Fuma?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Qué antibiótico y qué dosis? Ampliron Duo	
¿Usa drogas?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Ha sido hospitalizado en los dos últimos años?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>
¿Tiene dependencia al alcohol o drogas?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	¿Le han reemplazado alguna articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>
¿Ha cambiado su salud durante los dos años pasados?	Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>	PARA MUJERES ÚNICAMENTE	
¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>		
¿De qué enfermedad está siendo tratado? Ninguna		¿Está amamantando?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Sé <input type="checkbox"/>

## INFORMACIÓN MÉDICA

¿Padece alguna alergia o es alérgico a algún medicamento, aspirina, penicilina, anestésico, látex, metal, alimento o cualquier otra sustancia?	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	No Sé <input type="checkbox"/>	¿Está tomando anticonceptivos u hormonas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>	No Sé <input type="checkbox"/>
¿Especifique a cuál y el tipo de reacción? Ninguna				¿Cuál? Ninguna			