



• DRA. MONTSERRAT BLANCO •
Odontología Rehabilitadora y Estética

Cecilio Avila 3940
(0982) 911 131
blanco.montse@gmail.com
Asunción, Paraguay

CONTROL ACIDO

1. HISTORIA MEDICA

	SI	NO
a. Padece reflujo gastroesofágico?		
a.1. Sufre de acidez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.2. Ingiere antiácidos más de dos veces por semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.3. Tiene sensación de ardor en el pecho o en el estómago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.4. Siente sabor agrio o amargo en la boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sufre o sufrió vómitos a repetición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Consume alguno de estos medicamentos?		
c.1. Aspirina masticable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.2. Ansiolíticos/antidepresivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.3. Antihistamínicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.4. Antieméticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.5. Antiparkinsonianos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.6. Anticolinérgicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.7. Suplementos con vitamina C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.8. Tónicos de hierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.9. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Padece alguna de las siguientes enfermedades?		
d.1. Síndrome de Sjögren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.2. Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.3. Lupus Eritematoso sistémico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.4. Esclerodermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.5. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Recibe o recibió tratamiento con radioterapia de cabeza y cuello?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. HISTORIA DE DIETA

a. Consume bebidas carbonatadas, frutales, deportivas y/o alcohólicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.1. Qué bebidas?		
a.2. Cuántos días por semana? ____ cuantas veces por día? ____		
b. Su dieta incluye frutas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1. Qué tipo de frutas? _____		
b.2. Cuantas veces por día? ____		
c. Consume asiduamente caramelos ácidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. HABITOS Y OCUPACIONES

a. Tiene o tuvo un tratamiento relacionado con la industria metalúrgica, fabricación de pilas o curtidos de cueros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Practica natación en agua cloradas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.1. Cuántas veces a la semana? ____ Hace cuánto tiempo? ____		
c. Realiza deporte extenuante diariamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>