

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PACIENTE:

ODONTÓLOGO:

HISTORIA CLÍNICA
N° _____



COLEGIO DE ODONTOLOGOS
Provincia de Buenos Aires
DISTRITO I



Sociedad Odontológica
desde 1925
SIEMPRE UN PASO ADELANTE



Agremiación Odontológica
BERISSO • LA PLATA • ENSENADA

Facultad de Odontología
Hospital Odontológico Universitario

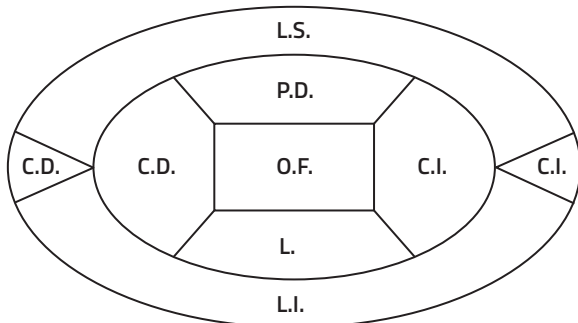


**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

Lugar de trabajo del titular: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
Derecha															Izquierda
	85	84	83	82	81			71	72	73	74	75			

Cantidad de dientes existentes:



Si la respuesta anterior es SI, fundamentar: _____

Firma y sello del Odontólogo

[illegible]

- Se me han explicado los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de mi salud.
- Se me ha asegurado el debido asesoramiento con el derecho a la asistencia en caso de presentar alguna lesión. Por lo expuesto que se me efectúe dicha observación y las que sean necesarias para la confirmación de los resultados en el caso de encontrar lesiones que así lo requieran.

Firma del Paciente

ANEXO 1

Fecha: / /

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En este acto, yo _____ D.N.I. _____

Apellido y nombre del paciente (en caso de ser menor o incapacitado, los datos del responsable irán acompañando la firma al pie).

Declaro que el Dr. _____ me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica:

Por lo que tendré que _____

Cuando se me interrogó sobre mi estado de salud, hábitos y comportamiento, he contestado con la verdad y ha quedado asentado en la historia clínica.

Entendí las explicaciones del odontólogo, que las expuso en forma sencilla, y además las escribió en este documento, me explicó las distintas posibilidades de tratamiento y de los riesgos y complicaciones que pueden sobrevenir, permitiéndome realizar observaciones y aclarando todas mis dudas.

Comprendo que el profesional se compromete a poner todos los medios a su alcance para el resultado del tratamiento, pero que pueden actuar muchos factores, algunos dependerán de la respuesta de mi organismo y otros de mi conducta, por lo que me comprometo a cumplir todas las indicaciones e instrucciones y concurrir al consultorio ante cualquier duda o complicación, además de los controles periódicos.

También entiendo que en cualquier momento y sin mediar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por todo ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones.

Firma del Paciente (o responsable)

Firma y aclaración del Odontólogo

Responsable: _____

Apellido y nombre: _____

D.N.I.: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

ANEXO 2

1. DATOS PERSONALES:

Apellido y Nombre: _____

Edad: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Ocupacion: _____

2. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padres: Viven? SI ☐ NO ☐ Causa del deceso: _____

Hermanos: Viven? SI ☐ NO ☐ Causa del deceso: _____

3. ANTECEDENTES PERSONALES: Remitirse al cuestionario

4. MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

5. ESTADO ACTUAL:

T/A: _____ Pulso: _____ Frecuencia respiratoria: _____

Paladar duro y blando: _____ Lengua: _____

Piso de boca: _____ Carrillo: _____

Labio: _____ Encía: _____ ATM: _____

Glándulas salivales: _____

Cuello: _____ Piel: _____

Piezas dentarias: *Completar odontograma* _____

Enfermedad actual: _____

6. DIAGNÓSTICO: _____

7. PRONÓSTICO: _____

8. PLAN DE TRATAMIENTO: _____

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Apellido y Nombre: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS:

Examen médico en el último año?: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Por qué motivo? _____

Cambio en su salud o pérdida de peso sin seguir régimen durante el último año? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

En la actualidad está en tratamiento médico por algún problema de salud? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Medicamentos que ha tomado el ultimo año: _____

Ha estado Ud. seriamente enfermo, hospitalizado, ha sufrido alguna gran operación y/o transfusión de sangre?

Consigne las fechas y motivos de todas las internaciones: _____

Radioterapia por algún tumor o bulto? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Fuma o consume tabaco con frecuencia? SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Cantidad de cigarrillos diarios: _____

Bebe alcohol con frecuencia? _____

Alguna vez fue adicto a cualquier droga? _____

*PARA MUJERES SOLAMENTE:

Está embarazada?: SI ☐ NO ☐ Semanas de gestación: _____

Ya ha tenido la menopausia? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Se ha realizado histerectomía u ovariectomía? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

CARDIOVASCULARES:

Paro cardíaco? SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Dolor de pecho (angina)? SI ☐ NO ☐

Fecha: / / Fiebre reumática? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Hipertensión arterial? SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Infarto? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Soplo cardíaco o defecto congénito del corazón? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Endocarditis bacteriana: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

RESPIRATORIOS:

Tos permanente? SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Neumonía? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Asma? SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Enfisema? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Bronquitis? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

ENDÓCRINO:

Diabetes: SI ☐ NO ☐ Tipo: _____ Medicación: _____

Tiroides: Hipotiroidismo: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Hipertiroidismo: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Insuficiencia suprarrenal: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

ALERGIAS:

Reacción desfavorable a alguno de los siguientes medicamentos?

Penicilina ☐ Sulfamidas ☐ Atropina ☐ Aspirina ☐ Eritromicina ☐ Yodo ☐

Anestesia local ☐ Ibuprofeno ☐ Piroxicam ☐ Otras: _____

En caso positivo indique el tipo de reacción: _____

Ha tenido ataque alérgico? (Urticaria, rinitis, asma) _____ Fecha: / /

RENAL:

Insuficiencia renal: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Diálisis SI ☐ NO ☐ Medicación: _____

SANGRE:

Anemia: SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Eucemia: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Problemas de coagulación: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

GASTROINTESTINAL:

Úlcera: SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Gastritis: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Afecciones hepáticas: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

INFECCIOSAS:

Sífilis: SI ☐ NO ☐ Fecha: / / TBC: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

HIV: SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Hepatitis B: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Venéreas: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

NEUROLÓGICOS:

Adormecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Parálisis de alguna parte del cuerpo? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

ACV: SI ☐ NO ☐ Fecha: / / Epilepsia o convulsiones: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

DENTALES:

Reacción desfavorable ante un tratamiento dental? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Tiene dificultad para abrir del todo la boca? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Lesión traumática en la cara, maxilares o cuello? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Le cruje o salta la mandíbula o le produce intenso dolor o malestar? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Se hace atender los dientes con regularidad? SI ☐ NO ☐

Se hizo tratamiento de ortodoncia? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Indique cualquier otra información médica o dental que no haya sido cubierta por este cuestionario: _____

Firma

Fecha: / /

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

Fecha: / /

DATOS PERSONALES:

Apellido y nombres: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Talla: _____ Peso: _____ Ocupación: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____

Pariente más cercano: _____ Teléfono: _____

Si usted llena este formulario para otra persona: qué parentesco tiene con ella? _____

MÉDICOS:

1. Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año? SI ☐ NO ☐

2. Mi último examen médico se hizo el / / Motivo del mismo: _____

3. Se halla bajo atención médica en la actualidad? SI ☐ NO ☐

En ese caso, de que enfermedad se esta tratando? _____

4. El nombre y domicilio de mi médico es: _____

5. Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave? SI ☐ NO ☐ En ese caso, en qué consistió la enfermedad u operación? _____

6. Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años? SI ☐ NO ☐

Indique cuál: _____

PERSONALES:

1. Fuma o consume tabaco con frecuencia? SI ☐ NO ☐ Cantidad de cigarrillos diarios: _____

2. Bebe alcohol con frecuencia? SI ☐ NO ☐

3. Alguna vez fue adicto a cualquier droga? SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo, a cuál?: _____

GENERALES

1. Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X, o quimioterapia por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios? SI NO Explique y de fechas: _____

2. Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o a alguna otra radiación ionizante? SI ☐ NO ☐

3. Toma alguna droga o medicamento? SI ☐ NO ☐ En ese caso, cuál? _____

ANEXO 3

4. Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?

- a. Antibióticos o sulfamidas: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- b. Anticoagulantes (fluidificantes de la sangre): SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- d. Cortisona (corticosteroides): SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- e. Tranquilizantes: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- f. Antihistamínicos: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- g. Aspirina: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- h. Insulina o drogas similares. Indique cual: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- i. Digital o drogas para los trastornos cardíacos: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- j. Nitroglicerina: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____
- k. Otras: SI ☐ NO ☐ Dosis: _____

5. Ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades? Indique las fechas

Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática: _____ Fecha: / /

Artritis: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas): SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Úlceras de estómago: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Trastornos renales SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Tuberculosis: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Tiene tos persistente o expectora sangre?: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Enfermedades venéreas: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

HIV: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Glaucoma: SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

Otras: _____ Fecha: / /

6. En la actualidad tiene dolor dental o hinchazón? SI ☐ NO ☐

CARDIOVASCULARES

1. alguna vez sufrió un ataque cardíaco o cerebral? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

2. Tiene usted elevada presión sanguínea? SI ☐ NO ☐

3. Tuvo fiebre reumática? SI ☐ NO ☐

4. Tiene algún soplo cardíaco o cualquier defecto del corazón? SI ☐ NO ☐

5. Sintió dolor de pecho (angina) al realizar ejercicio físico? SI ☐ NO ☐

6. alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio suave? SI ☐ NO ☐

7. Lesiones cardíacas congénitas? SI ☐ NO ☐ Cuál? _____

8. Enfermedad cardiovascular (insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arteriosclerosis: SI ☐ NO ☐

9. Se le hinchan los tobillos, u otras partes de cuerpo?: SI ☐ NO ☐

10. Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir?: SI ☐ NO ☐

11. Baja presión sanguínea?: SI ☐ NO ☐

ANEXO 3

SANGRE

1. Tuvo alguna enfermedad de la sangre, como anemia, leucemia, hemofilia? SI ☐ NO ☐Cuál?: _____
2. alguna vez tuvo problemas de hemorragias excesivas? SI ☐ NO ☐
3. alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos? SI ☐ NO ☐
4. Se le forman moretones con facilidad? SI ☐ NO ☐
5. alguna vez necesitó transfusiones de sangre? SI ☐ NO ☐ Fecha: / /

RESPIRATORIAS

1. Tiene tos persistente? SI ☐ NO ☐
2. Se fatiga cuando realiza ejercicios suaves? SI ☐ NO ☐
3. Tiene asma? SI ☐ NO ☐
4. Tiene enfisema? SI ☐ NO ☐
5. Tiene bronquitis? SI ☐ NO ☐

ALERGIAS

1. alguna vez experimentó una reacción desfavorable a una de las siguientes medicaciones?

Valium ☐ Penicilina ☐ Atropina ☐ Piroxicam ☐ Eritromicina ☐ Ibuprofeno ☐
Aspirina ☐ Anestesia local ☐ Otras: _____

En caso positivo, indique el tipo de reacción:

3. Alergia? SI ☐ NO ☐
4. Sinusitis? SI ☐ NO ☐
5. Asma? SI ☐ NO ☐
6. Urticaria o erupciones cutáneas? SI ☐ NO ☐

NEUROLÓGICOS

1. Ha sentido adormecimientos en alguna parte del cuerpo? SI ☐ NO ☐
2. alguna vez se le paralizó alguna parte del cuerpo? SI ☐ NO ☐
3. Tuvo convulsiones alguna vez, o es epileptico? SI ☐ NO ☐
4. Tiene dolores de cabeza frecuentes? SI ☐ NO ☐
5. alguna vez estuvo en tratamiento psiquiátrico? SI ☐ NO ☐
6. Tiene tendencia a desmayarse? SI ☐ NO ☐
7. Usted se considera una persona nerviosa? SI ☐ NO ☐
8. alguna vez sufrió algún grave agotamiento nervioso (surmenage)? SI ☐ NO ☐
9. Se siente desdichado o deprimido a menudo? SI ☐ NO ☐
10. Lloro con frecuencia? SI ☐ NO ☐
11. El tratamiento dental le infunde mucho miedo? SI ☐ NO ☐
12. Desmayos pasajeros o prolongados? SI ☐ NO ☐
13. Ha padecido ACV? SI ☐ NO ☐

ANEXO 3

DENTALES

1. alguna vez sufrió una reacción adversa a un anestésico local (Xylocaína o Novocaína)? SI ☐ NO ☐

Indique el tipo de reacción: _____

2. alguna vez experimentó una reacción desfavorable frente a cualquier tratamiento dental? SI ☐ NO ☐

Indique cuál: _____

3. Tiene dificultad para abrir del todo la boca? SI ☐ NO ☐

4. alguna vez sufrió una lesión traumática en la cara, maxilares o cuello? SI ☐ NO ☐

5. alguna vez la mandíbula le "cruje" o "salta", o le produce intenso dolor o malestar? SI ☐ NO ☐

6. Se hace atender los dientes con regularidad? SI ☐ NO ☐

7. alguna vez se le hizo tratamiento ortodóncico? SI ☐ NO ☐

METABOLISMO

1. Diabetes: Indique tipo SI ☐ NO ☐

a. Tiene que orinar más de seis veces al día? SI ☐ NO ☐

b. Siente sed casi siempre? SI ☐ NO ☐

c. Siente la boca seca con frecuencia? SI ☐ NO ☐

2. Tiroides. Hipertiroidismo, Hipotiroidismo SI ☐ NO ☐

3. Insuficiencia suprarrenal SI ☐ NO ☐

PARA MUJERES SOLAMENTE

1. Está embarazada? SI ☐ NO ☐ Meses de gestación: _____

2. Ya ha tenido la menopausia? SI ☐ NO ☐

3. Se le hizo histerectomía u ovariectomía? SI ☐ NO ☐

4. Tiene problemas en relación con su periodo menstrual? SI ☐ NO ☐

5. Está tomando píldoras anticonceptivas? SI ☐ NO ☐

Indique toda otra información médica o dental importante que no haya sido cubierta en este cuestionario:

Fecha: / /

Firma (paciente o padre de un menor)

Examinado por: _____
Firma y sello del Odontólogo

