

CON EL OBJETIVO DE CONOCER Y ENTENDER A NUESTROS PACIENTES Y PODER BRINDARLES EL MEJOR SERVICIO DE ODONTOLOGIA, SE LE SOLICITA QUE COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO.

FECHA: _____

NOMBRE _____ APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO (O CASADA) _____ SEXO: M _____ F _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ CÉDULA _____ SEG. SOCIAL N°. _____

ESTADO CIVIL _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____

TEL. RESIDENCIA _____ CEL. _____ E-MAIL _____

LUGAR DE TRABAJO: _____ OCUPACIÓN _____ TEL. _____

COMPLETAR EN CASO QUE EL PACIENTE SEA MENOR DE EDAD:

TUTOR RESPONSABLE _____ TEL. _____ CEL. _____

PERSONA RESPONSABLE DE LOS GASTOS MÉDICOS _____ CÉDULA _____

TEL. _____ CEL. _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER:

CERTIFICO QUE LAS RESPUESTA SOBRE MI SALUD SON VERDADERAS Y LO MÁS CERCANAS A MI MEJOR CONOCIMIENTO. DEBIDO A QUE CUALQUIER CAMBIO EN MI CONDICIÓN O MEDICAMENTOS PUEDE ALTERAR EL TRATAMIENTO DENTAL, ENTIENDO LA IMPORTANCIA DE NOTIFICAR AL ODONTÓLOGO DE ALGÚN CAMBIO EN LA PRÓXIMA CITA.

AUTORIZO A LOS DOCTORES QUE LABORAN EN ORTHOCENTER A QUE EJECUTEN LOS PROCEDIMIENTOS ADECUADOS O NECESARIOS Y/O LA ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS Y/U OTROS AGENTES FARMACÉUTICOS, INCLUYENDO AQUELLOS RELACIONADOS CON LA RESTAURACIÓN DENTAL, TRATAMIENTO PALIATIVOS, TERAPÉUTICOS Y/O QUIRÚRGICOS.

ENTIENDO QUE LA ADMINISTRACIÓN DE ANESTÉSICOS LOCALES PUEDEN CAUSAR UNA REACCIÓN ADVERSA O PRODUCIR EFECTOS COLATERALES, LOS CUALES PUEDEN INCLUIR, PERO NO LIMITARSE A MORETONES, HEMATOMAS, ESTIMULACIÓN CARDIACA, DOLORS MUSCULARES, ADORMECIMIENTOS TEMPORALES O RARAMENTE PERMANENTES.

ASUMO VOLUNTARIAMENTE CUALQUIERA Y TODOS LOS RIESGOS, INCLUYENDO EL RIESGO DE DAÑO SUSTANCIAL Y SERIO, EL CUAL PUEDA ESTAR ASOCIADO A TRATAMIENTOS GENERALES DE PREVENCIÓN Y OPERATIVOS CON LA FINALIDAD DE OBTENER LOS RESULTADOS DESEADOS, LOS CUALES PUEDEN SER O NO LOGRADOS, PARA EL BENEFICIO DE MI PERSONA O EL BENEFICIO DE MI MENOR REPRESENTADO O EN CUSTODIA. YO ENTIENDO QUE LA COLOCACIÓN DE RESTAURACIONES PUEDE RESULTAR EN DIENTES SENSITIVOS A COMIDAS O BEBIDAS CALIENTES Y/O FRÍAS COMO TAMBIÉN A PRESIONES POR UN PERIODO EXTENDIDO DE TIEMPO.

ASEGURO QUE ME HAN EXPLICADO LA NATURALEZA Y PROPÓSITO DE LOS TRATAMIENTOS A SER REALIZADOS Y SE ME HA DADO LA OPORTUNIDAD DE PREGUNTAR CON EL FIN DE MANTENER UNA BUENA SALUD BUCAL DE MI PERSONA O DEL MENOR AL QUE REPRESENTO O GUARDO CUSTODIA.

ENTIENDO Y ACEPTO QUE SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS COSTOS DE ESTE TRATAMIENTO DENTAL.

FIRMA

FECHA

HISTORIAL MÉDICO

INDIQUE SI HA PADECIDO O PADECE DE:

SI	NO	NO SE		SI	NO	NO SE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALTA O BAJA PRESIÓN ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS ÓSEOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FIEBRE REUMÁTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS HORMONALES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POBLEMAS CARDIÁCOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE GLÁNDULA TIROIDES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOPLOS EN EL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS NERVIOSOS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASMA, BRONQUITIS, ENFISEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PROBLEMAS DE RIÑONES O HÍGADO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PULMONIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CÁNCER
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIABETES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RADIOTERAPIA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA, DESMAYO, VÉRTIGO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA O VIH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HEPATITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TERAPIA DE CORTISONA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SANGRADO PROLONGADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ÚLCERAS

¿FUMA? SI NO

¿SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD? SI NO

SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? SI NO

MOTIVO: _____ MÉDICO _____

¿ESTA TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? SI NO CUÁL _____

ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTOS? SI NO

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASPIRINA | <input type="checkbox"/> TETRACICLINA | <input type="checkbox"/> PENICILINA | <input type="checkbox"/> TYLENOL |
| <input type="checkbox"/> ANESTESIA DENTAL | <input type="checkbox"/> LATEX | <input type="checkbox"/> ERITROMICINA | <input type="checkbox"/> CODEÍNA |
| <input type="checkbox"/> OTROS _____ | | | |

FRECUENTEMENTE USTED PRESENTA:

RESFRIADOS SI NO

DOLORES DE GARGANTA SI NO

INFECCIÓN DE OÍDOS SI NO

RINITIS / SINUSITIS SI NO

DOLORES DE CABEZA FRECUENTES SI NO

OPERACIÓN DE AMÍGDALAS Y / O ADENOIDES SI NO A QUÉ EDAD _____

ESTÁ EMBARAZADA SI NO

ALCANZÓ EL PERIODO DE LA PUBERTAD (APLICA A MENORES DE EDAD)

NIÑAS: OCURRIÓ LA MENSTRUACIÓN? SI NO NIÑOS: OCURRIÓ CAMBIO DE VOZ? SI NO

HISTORIA DENTAL

¿HA RECIBIDO ALGÚN TRAUMA EN LOS DIENTES, BOCA O CARA? SI NO

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA EN EL HABLA? SI NO

¿RESPIRA POR LA BOCA? SI NO

¿RONCA AL DORMIR? SI NO

¿TIENE O TENIA HÁBITO DE CHUPARSE EL DEDO O LENGUA? SI NO ¿HASTA QUE EDAD? _____

¿LE FALTA ALGÚN DIENTE PERMANENTE? SI NO

¿HA CONSULTADO EL PACIENTE A UN ORTODONCISTA PREVIAMENTE? SI NO

¿HA RECIBIDO ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA O CIRUGÍA DE LA CARA? SI NO

¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VISITA AL DENTISTA? _____ RAZÓN _____

FECHA DE SU ÚLTIMA LIMPIEZA DENTAL _____

¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA O COMPLICACIONES EN SUS TRATAMIENTOS DENTALES PREVIOS? SI NO

DESCRIBA _____

RAZÓN PRINCIPAL DE SU VISITA _____

Por este medio autorizo a ORTHOCENTER para que suministre las medicinas, proceda con el apropiado diagnóstico y efectue los procedimientos terapéuticos que sean necesarios para mi cuidado dental apropiado. La información en estas páginas así como mi historia dental/médica, son correctas de acuerdo con mis conocimientos.

FIRMA _____

FECHA _____