

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.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS		Sí	No	NS	
Usa lentes de contacto?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____					Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA				
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____				
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____					Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____				
Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a: En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.		Sí	No	NS	SÓLO MUJERES Está usted:				
Anestésicos locales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aspirina _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de semanas: _____					
Penicilina u otros antibióticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amamantando?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sulfas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sí	
Codeína u otros narcóticos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	
				Yodo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NS	
				Polen (fiebre del heno)/estacional _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				Animales _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				Alimentos _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.									
		Sí	No	NS	Sí	No	NS	Sí	
Válvula cardíaca artificial (prótesis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....	<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"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón transplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia.....	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos.....	<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"/>	Alteraciones neurológicas.....	<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"/>	Si es así, especifique:_____	
ECC reparada con defectos residuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño.....	<input type="checkbox"/>
				Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ronca?.....	<input type="checkbox"/>
				Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones mentales.....	<input type="checkbox"/>
				Dolores de pecho por esfuerzo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Especifique:_____	
				Dolor crónico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes.....	<input type="checkbox"/>
				Diabetes Tipo I o II.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección:_____	
				Trastornos de alimentación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales.....	<input type="checkbox"/>
				Malnutrición.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno.....	<input type="checkbox"/>
				Enfermedad gastrointestinal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....	<input type="checkbox"/>
				Reflujo G.E./ardor persistente..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello.....	<input type="checkbox"/>
				Úlceras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas.....	<input type="checkbox"/>
				Alteraciones de la tiroides.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida..	<input type="checkbox"/>
				Derrame cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas.....	<input type="checkbox"/>
								Orina en forma excesiva.....	<input type="checkbox"/>
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?.....									
Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó:							Teléfono: Incluya código del área ()		
Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?.....									
Explique por favor: _____									

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:

Firma del proveedor.:

Fecha:

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios:



Consentimiento General para Tratamiento Dental

Yo autorizo tratamiento dental incluyendo el examen necesario y recomendado, radiografías, ayudantes diagnósticos, o anestesia local.

En condiciones generales, tratamiento dental puede incluir, pero no está limitado a uno o varios de los siguientes:

- Limpieza de dientes y aplicación de fluoruro.
- Escalado y alisado de la raíz con anestesia local.
- Aplicación de sellantes a las muelas.
- Tratamiento de dientes deteriorados o dientes lastimados con restauraciones dentales.
- El reemplazo de dientes ausentes con prótesis dentales (corona, dentaduras, etc.)
- Tratamiento de encillas y tejido oral (firme y/o blando).
- Tratamiento de dientes malpuestos (chuecos) dientes y/o desarrollos anormales.
- Tratamiento de canal o pulpa que esta localizado en el canal dentro del diente y la raíz del diente también conocido como “endodoncia” o tratamiento de raíz.

Riesgos de Procedimientos Dentales en General

Incluyendo (pero no limitado a) complicaciones resultando de uso de herramientas dentales, medicamento, analgésicos (medicina para el dolor), anestésicos e inyecciones. Estas complicaciones incluyen dolor, infección, hinchazón, sangrado, sensibilidad, entumecimiento y sensación de hormigueo en los labios, lengua, mandíbula, encilla, y dientes. Tromboflebitis (hinchazón de una vena), reacción a inyecciones, cambio en mordida, calambres y espasmo de musculo. Articulación temporomandibular (TMJ) dificultad de la mandíbula, aflojamiento de dientes o restauración de dientes, heridas a otros tejidos orales. Dolor referido al oído, cabeza y cuello, náusea, reacciones alérgicas, comezón, moretes, retrasado de curación, complicaciones de nasales, y más cirugías. Medicación y drogas pueden causar somnolencia, falta de conciencia y coordinación (lo cual puede ser influenciado por alcohol u otras drogas, es recomendado que no maneje o use maquinaria, o que trabaje por 24 horas hasta que se recupere de los efectos. Yo entiendo que los efectos de anestesia local en el tejido oral pueden durar mucho después de la cita, y tiene uno que tener extra cuidado de no morder la área anestesiada puede causar lesiones a los labios, cachetes, y lengua, hasta que haya pasado la anestesia.



Cambios en Plan de Tratamiento

Yo entiendo que durante tratamiento, puede ser necesario hacer cambios y/o hacer tratamientos adicionales dependiente de la condición del el/los diente/s durante el tratamiento que no fueron descubiertos durante el examen. Con mi consentimiento, mi do permiso a el/la dentista para ser todo y cual quier cambios necesarios.

Rellenos

Yo entiendo que puedo sufrir de sensibilidad a lo frio y caliente, dolor e incomodidad después de tratamiento rutino restaurativo y que estos síntomas usualmente son temporales y deberían de resolver sin tratamiento adicional. En el evento que mi condición no mejore, yo entiendo que puede ser que yo necesite mas tratamiento dental, el más común siendo tratamiento de raíz (endodoncia).

Coronas, Puentes e Incrustaciones Dentales

Yo entiendo que ocasionalmente no es posible igualar el color de dientes artificiales a el color de dientes naturales. También entiendo que puede ser que tenga que usar coronas temporales, que se pueden despegar fácilmente y que tengo que tener cuidado para que asegurarme que la corona temporal siga en el diente hasta que llegue la corona permanente. Yo sé que la última oportunidad de hacer cambios a la corona o a el puente (incluyendo la figura, ajuste, medida y color) tienen que ser hechos antes de que la corona o el puente sean cementados. Ya cementados, yo entiendo que cualquier cambio a la figura, ajuste, medida y color incurrirá cargos adicionales.

Tratamiento Alternativo

Yo entiendo que tengo el derecho de escoger, en la base de información adecuada, de planes de tratamiento alternativos que satisfacen normas de cuidado profesionales.

Al firmar, yo consiento al tratamiento general y/o al tratamiento propuesto.

Paciente/Guardian (nombre escrito): _____

Paciente/Guardian (firma): _____

Fecha: _____

