Curso Clínico

Fecha y hora	Tratamiento realizado	Indicaciones	Profesional actuante	Firma del paciente

DASPU
Obra Social Universitaria

Fecha...../...../.....

Nombre completo ..... Nº de Doc .....
O. Social ..... Nº Afil ..... F. Nac .....
Edad ..... Estado Civil ..... Nacionalidad .....
Profesión / Actividad ..... Tel .....
Domicilio Actual ..... Ciudad .....
Profesional actuante ..... Lugar de Atención .....

Historia Clínica General

Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración Jurada"

Padres con vida? SI ☐ NO ☐
Enfermedad que padecen o padecieron.....
.....
Hermanos? SI ☐ NO ☐
Sanos?.....
Sufre de alguna enfermedad? SI ☐ NO ☐
De que.....
Hace algún tratamiento médico? SI ☐ NO ☐
Cuál?.....
Qué medicamentos consume habitualmente?.....
.....
Realiza algún deporte SI ☐ NO ☐
Nota algún malestar al realizarlo SI ☐ NO ☐
Es alérgico a alguna droga? SI ☐ NO ☐
A la anestesia …… a la penicilina …….. otros.....
Cuando se extrae una muela o se lastima, cicatriza bien?.....
.....
Antecedentes de fiebre reumática? SI ☐ NO ☐
Se protege con alguna medicación SI ☐ NO ☐
Es diabético? SI ☐ NO ☐
Está controlado?.....con qué?.....
Tiene algún problema cardíaco? SI ☐ NO ☐
Cuál?.....
Tiene tensión alta? SI ☐ NO ☐
Chagas? SI ☐ NO ☐
Está en tratamiento?.....

Tiene problemas renales? SI ☐ NO ☐
Úlcera gástrica? SI ☐ NO ☐
Tuvo hepatitis? SI ☐ NO ☐
De que tipo? A ☐ B ☐ C ☐
Tiene algún problema hepático? SI ☐ NO ☐
Cuál?.....
Tuvo convulsiones? SI ☐ NO ☐
Es epiléptico? SI ☐ NO ☐
Medicación que toma.....
Ha tenido Sífilis o Gonorrea SI ☐ NO ☐
HIV/SIDA SI ☐ NO ☐
Fue operado alguna vez? SI ☐ NO ☐
De qué? .....
Cuándo? .....
Fuma? SI ☐ NO ☐
Esta embarazada? SI ☐ NO ☐
De cuantos meses?.....
Hay alguna enfermedad o recomendación de que su médico que quiera dejar constancia? SI ☐ NO ☐
Cuál?.....
Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, acupuntura u otros? .....

Historia Clínica Odontológica

Por que asistió a la consulta?.....

.....

Consulto antes con algún otro profesional? SI ☐ NO ☐

Tomó algún medicamento? SI ☐ NO ☐

Nombre de los medicamentos .....

.....

Desde cuándo? .....

Obtuvo resultados SI ☐ NO ☐

Temporarios ☐ Ha tenido dolor? ☐ De que tipo

Suave ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Intermitente ☐

Contínuo ☐ Espontáneo Provocado ☐ Frío ☐

Calor ☐ Localizado ☐ dónde.....

Irradiado ☐ hacia dónde?.....

Puede calmarlo con algo?.....

.....

Sufrió algún golpe en los dientes? SI ☐ NO ☐

Cuándo? ..... Como se produjo?.....

.....

Se le fracturó algún diente? SI ☐ NO ☐

Cuál? ..... Recibió algún tratamiento.....

.....

.....

Tiene dificultad para hablar?.....

Para masticar? .....

Para abrir la boca?.....

Para tragar los alimentos? .....

Ha observado algo anormal en los labios?.....

Lengua?.....Paladar?.....Piso de boca?.....

Carrillos?.....Rebordes?.....Trígono retromolar?.....

Qué tipo de lesiones presenta:

Manchas? SI ☐ NO ☐

Crecimiento de los tejidos? SI ☐ NO ☐

Ulceraciones? SI ☐ NO ☐

Ampollas? SI ☐ NO ☐

Otros .....

Le sangran las encías? SI ☐ NO ☐

Cuándo?.....

Sale pus de algún lugar de su boca? SI ☐ NO ☐

De dónde?.....

Tiene movilidad en sus dientes? SI ☐ NO ☐

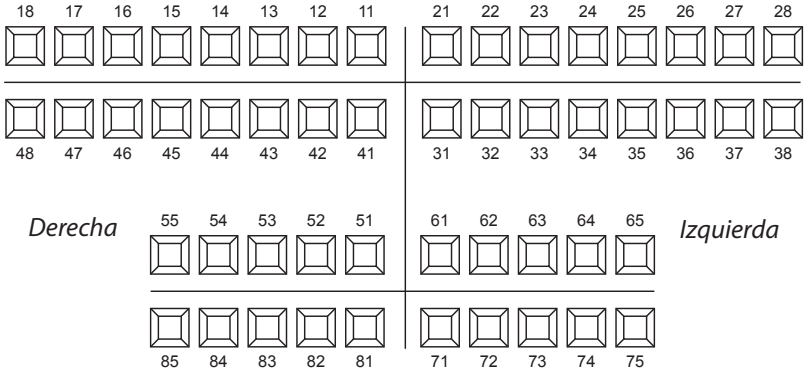
Al morder siente altos los dientes?.....

Ha tenido la cara hinchada? SI ☐ NO ☐

Se puso hielo?.....Calor?.....Otros?.....

Estado de la higiene bucal

Muy bueno ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐ Malo ☐



- Tratamiento realizado en rojo.
- Tratamiento a realizar en azul.
= Extraído
- Para extraer
XInexistente
/ Obturado

Estado bucal general: presencia de sarro SI ☐ NO ☐ Enfermedad periodontal SI ☐ NO ☐

Diagnostico presuntivo

.....

.....

.....

Plan de tratamiento fecha:……. /……./…….

.....

.....

.....

.....

.....

Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi consentimiento. Asimismo, he sido informado de los datos suministrados quedan reservados en la presenta **Historia Clínica** y amparada en secreto profesional.

1- Autorizo al Dr./a: .....y/o Asociados o ayudantes de su selección a realizar el tratamiento odontológico.....

.....

.....

2- He sido informado por el profesional sobre la naturaleza y propósito del tratamiento, sobre la posibilidad de complicaciones, los riesgos y posibles alternativas de tratamiento.

3- Autorizo a la Dr./a ..... a proveer los servicios o tratamientos adicionales que considere razonables, incluyendo, aunque no limitados a ellos, la administración de anestesia local, prácticas radiológicas y otros métodos y diagnósticos.

.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Firma del paciente o tutor	Aclaración	DNI Nº	Firma del profesional	Firma del paciente o tutor	Aclaración	Firma del profesional