

**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**AREA DE ODONTOLOGIA UNERG**  
**DIPLOMADO EN CIRUGÍA BUCAL**

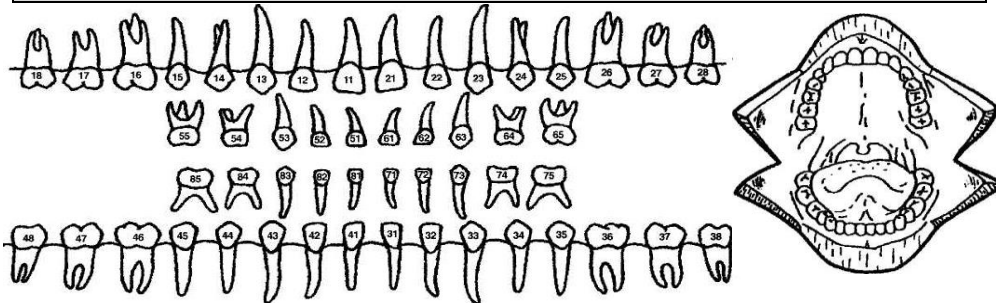
Nombres Y Apellidos		CI		SEXO	
Fecha de Nacimiento		Procedencia			
Domicilio			Teléfono		
Contacto en caso Emergencia		Teléfono			
Motivo de Consulta					
Enfermedad Actual	A				
	L				
	I				
	C				
	I				
	A				
DCH					

Antecedentes Personales		Observaciones
Hospitalización en los Últimos Años/ Motivo	SI( ) NO( )	
Atención por Medico en los últimos 6 meses	SI( ) NO( )	
Atención Odontológica en los últimos 6 meses	SI( ) NO( )	
Problemas durante la Anestesia Local	SI( ) NO( )	
Problemas de Coagulación	SI( ) NO( )	
Adicciones / Hábitos	SI( ) NO( )	
Alergias algún Medicamento	SI( ) NO( )	
Medicación en los últimos 6 meses	SI( ) NO( )	

Frecuencia de la Menstruación:	Fecha de Ultimo Periodo	Embarazada:	Nº semana:	Amamantando
¿Padece de alguna de estas enfermedades?:				

Trastornos Cardiacos	( ) Asma	( ) Diabetes	( )
Infarto al Miocardio	( ) Dificultad Respiratoria	( ) Artritis	( )
Soplos Cardiacos	( ) Tuberculosis	( ) Apoplejía	( )
Hipertensión Arterial	( ) Bronquitis	( ) Epilepsia	( )
Hipotensión Arterial	( ) Hepatitis	( ) Convulsiones	( )
Sinusitis	( ) Cirrosis	( ) Hipertiroidismo	( )
Tto Psiquiátrico	( ) Anemia	( ) Hipotiroidismo	( )
Depresiones	( ) Leucemia	( ) SIDA	( )
Ictericia	( ) Gastritis	( ) ETS	( )

**Localizacion de la Patologia**



**Observaciones del Estado Bucal del Paciente**

Apreciación Diagnostica	
APRECIACIÓN RADIOGRÁFICA	
DIAGNOSTICO	
INTERVENCION INDICADA	

Examen Físico/ Funcional			
Cabeza		Maxilar Superior	
Cara		Mandíbula	
Cuello		Músculos Masticatorios	
Ganglios		Paladar	
ATM		Lengua/ Piso de Boca	

Exámenes de Laboratorio							
HCT		PT		VIH		Glicemia	
HGB		PTT		VDRL		Otro:	
WBC		VIH		Colesterol			
PLT		VDRL		Triglicérido			

**Consentimiento Informado**

Yo, \_\_\_\_\_, Titular de la CI: \_\_\_\_\_, representante legal de: \_\_\_\_\_, a través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, AUTORIZO al odontólogo u odontóloga: \_\_\_\_\_, que los datos referidos en este documento son ciertos, además que he sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a y de las alternativas posibles del tratamiento. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios fotográficos, radiográficos y el estado general de mi Salud. Además Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico y quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local; siempre que sea necesario.

Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos odontológicos, quirúrgicos y farmacológicos, en caso de surgir cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que sean oportunas para la resolución, en su caso, de la complicación surgida. HE IGUALMENTE EXONERO DE RESPONSABILIDAD DE TODA INDOLE, SI ÉSTA, ES PRODUCTO DE OMISION DE INFORMACION DE MI PARTE. Así pues, doy mi consentimiento al Odontólogo/a y por ende al equipo de ayudantes que designe, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS.

Firma y C.I

Huella Digital

Somatometría															
Talla		Peso		IMC		ASA		Signo Vital	Antes del Procedimiento Qx		Durante el Procedimiento Qx		Después del Procedimiento Qx		
Observaciones del Estado General del Paciente								FR							
								FC							
								TA	S	D	S	D	S	D	
								Oximetría							
Consideraciones Anestésicas															
Anestésico				Vasoconstrictor				Presentación				Tolerancia Máxima			
Técnica Anestésica				Dosis Aplicada				Hora Inicio Qx				Hora Final Qx			

[illegible]

Indicaciones Post-Operatoria	

Control Farmacológico	

Evolución Post-Operatoria	
Inmediato	
Mediato	
Tardío	

Datos del Odontólogo Tratante	

Nombre y Apellido

---

**C.I**

**Sello y Firma**