

**SINERGIA**

Odontología y Medicina

Fecha:

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombre y apellido _____ Edad: _____ Sexo: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Cédula: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____ Ocupación: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

MOTIVO DE CONSULTA _____**ENFERMEDAD ACTUAL**

ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES**Cardiovascular:**

- Hipertensión
- Hipotensión
- Taquicardia
- Angina de P.
- Infarto
- Insuficiencia C.
- Disnea
- Otro: _____

Endocrinos:

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Diabetes
- Otro: _____

Gastrointestinales

- Gastritis
- Reflujo gástrico
- Úlceras gástricas
- Otro: _____

Respiratorio:

- Sinusitis
- Asma
- EPOC
- Rinitis
- Neumonía
- Otro: _____

Hepáticos

- Hepatitis
- Hígado graso
- Otro: _____

Enf. degenerativas

- Osteoporosis
- Osteomielitis
- Artritis
- Reumatismo
- Otro: _____

Infecto-contagiosas

- Tuberculosis
- Sifilis
- SIDA
- VIH
- Hepatitis A-B-C
- Herpes
- Influenza
- Otro: _____

Renales

- Cálculos R.
- Insuficiencia renal
- Otro: _____

Alergias

- Medicamentos
- Yodo
- Alimentos
- Látex
- Otro: _____

Hematológico

- Hemofilia
- Hemorragias
- Anemia
- Leucemias
- Otro: _____

Neurológicos

- Convulsiones
- Parkinson
- Alzheimer
- ACV
- Tic
- Epilepsia
- Otro: _____

Interv. quirúrgicas

-
-
-
-

Cáncer**MÉDICOS TRATANTES (INTERCONSULTA)**

HÁBITOS

- Fumar
 - Bruxismo
 - Onicofagia
 - Uso de palillos
 - Morder objetos
 - Consumo de drogas
 - Bruxomanía
 - Queilofagia
 - Respirador bucal
 - Succión digital

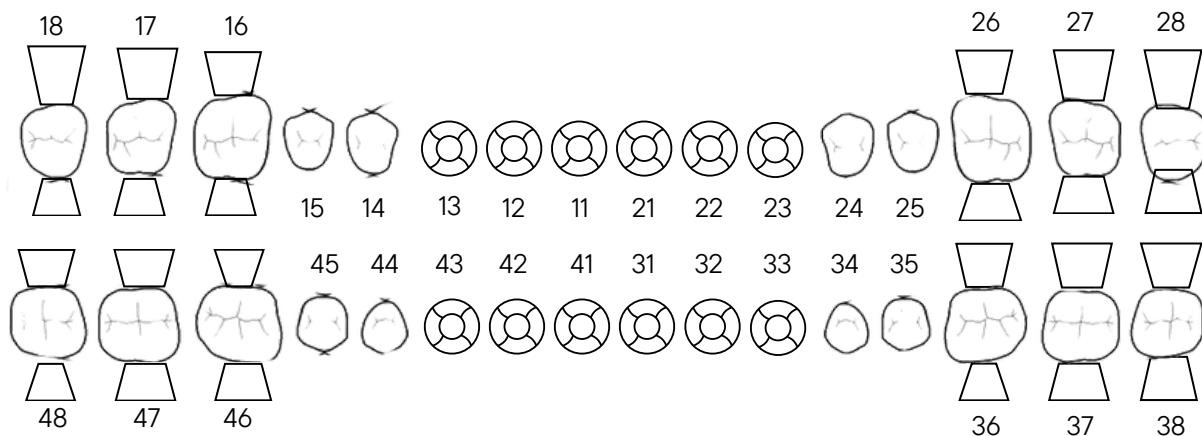
GINECO-OBSTETRA

¿Está embarazada? Sí No

Menopausia Sí No

Método anticonceptivo

ODONTODIAGRAMA



SECUENCIA DE TRATAMIENTO

Yo _____ de C.I. _____ declaro haber sido informado(a) de forma clara y comprensible sobre mi diagnóstico, los riesgos, beneficios, posibles complicaciones (intra y postoperatorias) y alternativas de los tratamientos explicados por mi odontólogo(a). Entiendo los riesgos inherentes a la práctica odontológica y confirmo que toda la información sobre mi historial médico es verdadera y completa. Por medio de la presente, autorizo a la Dra. a realizar los procedimientos odontológicos necesarios para mi caso.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

HÁBITOS

- Fumar Bruxismo Onicofagia Uso de palillos Morder objetos
 Consumo de drogas Bruxomanía Queilofagia Respirador bucal Succión digital
-
-
-

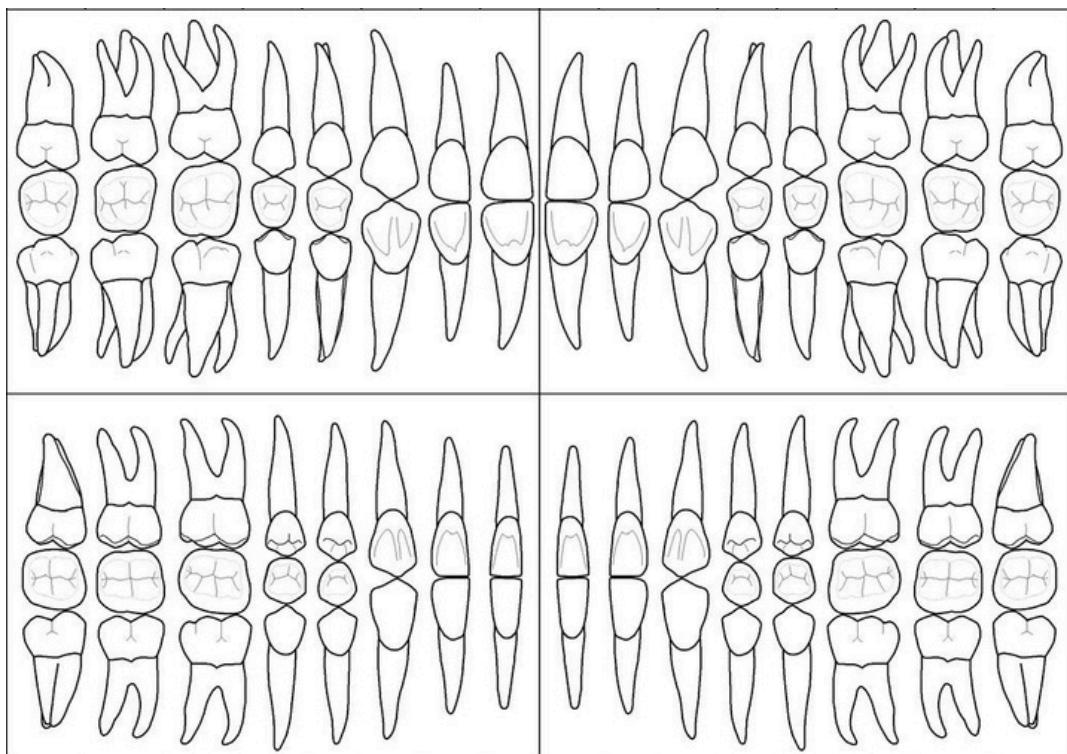
GINECO-OBSTETRA

¿Está embarazada? Sí No _____

Menopausia Sí No _____

Método anticonceptivo _____

ODONTODIAGRAMA



Yo _____ de C.I. _____ declaro haber sido informado(a) de forma clara y comprensible sobre mi diagnóstico, los riesgos, beneficios, posibles complicaciones (intra y postoperatorias) y alternativas de los tratamientos explicados por mi odontólogo(a). Entiendo los riesgos inherentes a la práctica odontológica y confirmo que toda la información sobre mi historial médico es verdadera y completa. Por medio de la presente, autorizo a la Dra. a realizar los procedimientos odontológicos necesarios para mi caso.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

SECUENCIA DE TRATAMIENTO

HABITOS

- Fuma Bruxismo Onicofagia Uso de palillos Morder objetos
 Consumo de drogas Bruxomania Queilofagia Respirador bucal Succion digital
-
-
-

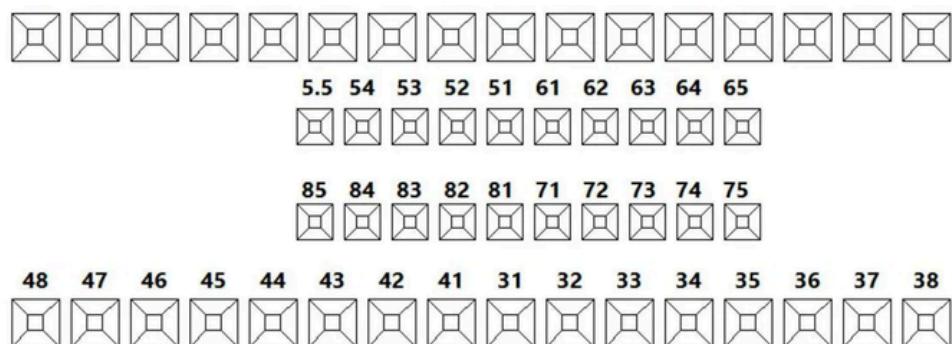
GINECO-OBSTETRA

Esta embarazada ? Si No _____

Menopausia Si No _____

Metodo anticonceptivo _____

ODONTODIGRAMA



Declaro que he sido informado(a) de manera clara y comprensible sobre el diagnóstico de mi condición bucal, así como de los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas de tratamiento **1** que mi odontólogo(a) me ha explicado detalladamente. Entiendo que la práctica odontológica, como cualquier procedimiento de salud, conlleva riesgos inherentes. Confirmo que toda la información proporcionada sobre mi historial médico y estado de salud es verdadera y completa. Por medio de la presente, autorizo al Dra. a realizar los **2** procedimientos odontológicos que, a su juicio profesional, sean necesarios e indicados para mi caso.



Declaro haber sido informado(a) de forma clara y comprensible sobre mi diagnóstico, los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas de los tratamientos explicados por mi odontólogo(a). Entiendo los riesgos inherentes a la práctica odontológica y confirmo que toda la información sobre mi historial médico **4** es verdadera y completa. Por medio de la presente, autorizo a la Dra. a realizar los **3** procedimientos odontológicos necesarios para mi caso.