

**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
- ☐ Sífilis
- ☐ SIDA
- ☐ VIH
- ☐ Hepatitis A-B-C
- ☐ Herpes
- ☐ Influenza
- ☐ Otro: _____

Renales

- ☐ Cálculos R.
- ☐ Insuficiencia renal
- ☐ Otro: _____

Alergias

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

Hematológico

- ☐ Hemofilias
- ☐ 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

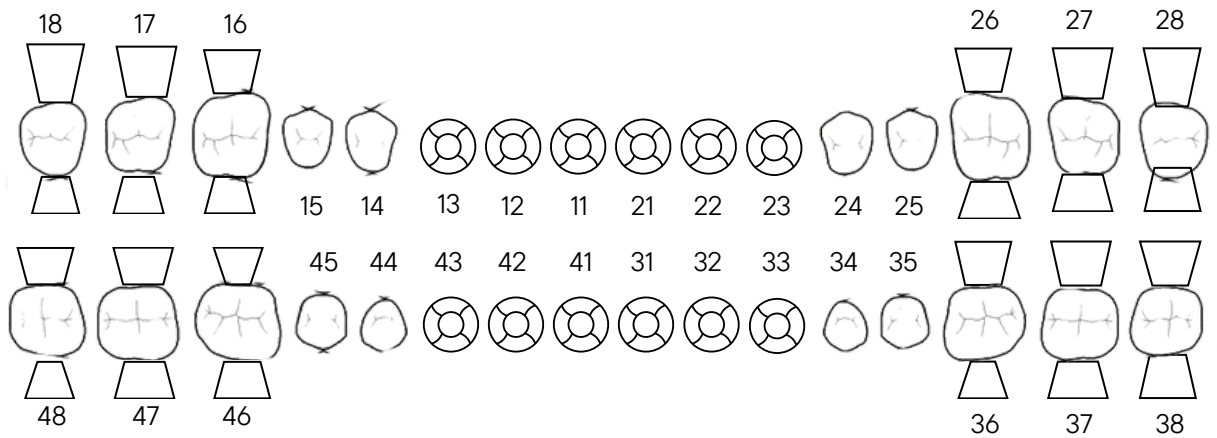
GINECO-OBSTETRA

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No _____

Menopausia ☐ Sí ☐ No _____

Método anticonceptivo _____

ODONTODIAGRAMA



SECUENCIA DE TRATAMIENTO

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

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

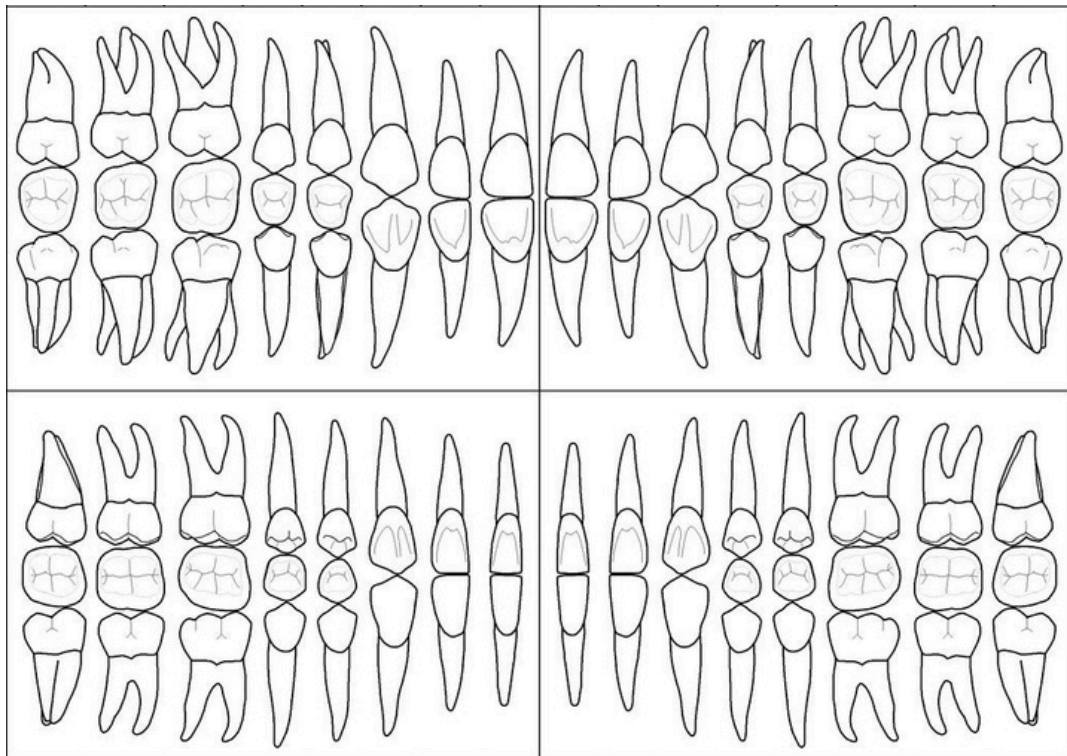
GINECO-OBSTETRA

¿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

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

Esta embarazada ? ☐ Si ☐ No _____

Menopausia ☐ Si ☐ No _____

Metodo anticonceptivo _____

Diagram illustrating a 16x16 grid of squares, numbered 1 through 64. The grid is divided into four quadrants by a central 4x4 area. The top-left quadrant contains squares 1 through 8 in the first row and 17 through 24 in the second row. The top-right quadrant contains squares 9 through 16 in the first row and 25 through 32 in the second row. The bottom-left quadrant contains squares 33 through 40 in the first row and 41 through 48 in the second row. The bottom-right quadrant contains squares 49 through 56 in the first row and 57 through 64 in the second row. The central 4x4 area contains squares 53 through 56 in the first row and 61 through 64 in the second row.

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 que mi odontólogo(a) me ha explicado detalladamente. Entiendo que la práctica odontológica, como cualquier procedimiento de salud, conlleva riesgos inherentes. Confirmando 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 procedimientos odontológicos que, a su juicio profesional, sean necesarios e indicados para mi caso.

8								7								6								5								4								3								2								1							
8								7								6								5								4								3								2								1							

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 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.