ECONODENTAL PLUS MARTINEZ

ODONTOLOGIA INTEGRAL

**HISTORIA MEDICA Y DENTAL**

FECHA: ${fecha}

Las siguientes preguntas, tienen como objetivo orientarme respecto a su salud general y dental, serán consideradas de suma importancia para la elaboración y realización de su tratamiento dental por lo que le suplico conteste con toda honestidad, cabe mencionar que toda información proporcionada por usted en este expediente, será de carácter estrictamente confidencial y solo tendrá acceso a ella el personal que labora en este consultorio, con fines estrictamente profesionales.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente: | | ${paciente} | | | | | | Edad: | | | ${edad} | | Fecha de nacimiento: | | | ${nacimiento} |
| Dirección: | ${direccion} | | | | | | | | | | | Teléfono de su domicilio: | | | | ${tel\_domicilio} |
| Teléfono de su trabajo: | | ${tel\_trabajo} | | Extensión: | | | ${ext} | | | Ocupación: | | | ${ocupacion} | | | |
| Edo Civil: | ${edo\_civil} | | Correo electrónico: | | | ${email} | | | | | | | | WhatsApp: | ${tel\_whatsapp} | |
| Facebook: | ${facebook} | | | | Recomendado por: | | | | ${recomendado} | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Favor de indicar con una “X” si alguna de las enfermedades mencionadas a continuación, la ha padecido o actualmente la padece. | | | | | | | | | | |
| Diabetes | | | | | | | | | | ${e1} |
| Fiebre reumática | | | | | | | | | | ${e2} |
| Hepatigtis | | | | | | | | | | ${e3} |
| Enfermedades del corazón (infarto, angina de pecho, utiliza marcapasos) | | | | | | | | | | ${e4} |
| Enfermedades de la sangre (Hemofilia o alteración en la coagulación) | | | | | | | | | | ${e5} |
| Enfermedades de los riñones (retención de líquidos, hinchazón en tobillos) | | | | | | | | | | ${e6} |
| Enfermedades de los pulmones (tuberculosis) | | | | | | | | | | ${e7} |
| Asma | | | | | | | | | | ${e8} |
| Si usted contesta afirmativamente en cualquiera de las enfermedades mencionadas anteriormente, favor de explicar qué tipo de  enfermedad presento y hace cuánto tiempo, si aún la presenta, y si usted toma actualmente algún medicamento para esta enfermedad: | | | | | | | | | | |
| ${medicamento} | | | | | | | | | | |
| Responda las siguientes preguntas:  ¿Es usted alérgico a algún tipo de medicamento como penicilina, sulfas, o alguna otra sustancia como anestésicos, analgésicos etc.? | | | | | | | | | | |
| ${p1} | | | | | | | | | | |
| ¿Alguna vez ha sufrido alguna reacción alérgica debido a la anestesia dental, cloro, látex, yodo, etc? | | | | | | | | ${p2} | | |
| ¿Considera que su coagulación es normal ante cualquier herida en su cuerpo? | | | | | | ${p3} | | | | |
| ¿Padece o ha padecido de presión arterial alta o baja? | | | | ${p4} | | | | | | |
| ¿Padece alguna enfermedad de tipo infecto-contagiosa como sida, hepatitis, sífilis? | | | | | | | ${p5} | | | |
| Mujeres: ¿Está usted embarazada? | ${p6} | | En caso afirmativo indicar en que mes de embarazo se encuentra: | | | | | | ${p62} | |
| Motivo de la consulta o queja principal: | | ${p7} | | | | | | | | |
| Algún otro aspecto importante de salud que desee mencionar: | | | | | ${p8} | | | | | |

“TODO TRATAMIENTO QUE SE REALICE, SE LIQUIDA EN TIEMPO Y FORMA”

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y firma del paciente**

**Si es menor de edad, firma del padre o tutor.**

**DX Y PLAN DE TRATAMIENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| 18.- ${d18} | 28.- ${d28} |
| 17.- ${d17} | 27.- ${d27} |
| 16.- ${d16} | 26.- ${d26} |
| 15.- ${d15} | 25.- ${d25} |
| 14.- ${d14} | 24.- ${d24} |
| 13.- ${d13} | 23.- ${d23} |
| 12.- ${d12} | 22.- ${d22} |
| 11.- ${d11} | 21.- ${d21} |
| ${dobservaciones1} | ${dobservaciones2} |
| 31.- ${d31} | 41.- ${d41} |
| 32.- ${d32} | 42.- ${d42} |
| 33.- ${d33} | 43.- ${d43} |
| 34.- ${d34} | 44.- ${d44} |
| 35.- ${d35} | 45.- ${d45} |
| 36.- ${d36} | 46.- ${d46} |
| 37.- ${d37} | 47.- ${d47} |
| 38.- ${d38} | 48.- ${d48} |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tx: | Costo: | Valoró: | Asistió: |
| ${tx} | ${txcosto} | ${valoro} | ${asistio} |

**EXPLICACION DEL TRATAMIENTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.-** ${tx1} | **4.-** ${tx4} | **7.-** ${tx7} |
| **2.-** ${tx2} | **5.-** ${tx5} | **8.-** ${tx8} |
| **3.-** ${tx3} | **6.-** ${tx6} | **9.-** ${tx9} |

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Con fundamento en los artículos 15 y 16 de la Ley federal de protección de datos personales en posesión de particulares, hacemos de su conocimiento que este consultorio odontológico con domicilio en calle Pedro Belli #313 altos, esquina Nicolás Bravo, Martinez de la Torre Veracruz, es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se les dé a los mismos y de su protección.

Su información personal es confidencial y será utilizada con la finalidad de proveer los servicios y productos que usted ha solicitado; al acudir a nuestro consultorio, también podrán ser utilizados para notificarle sobre los servicios y productos que tengan relación con los ya contratados o adquiridos, comunicarle sobre cambios en los mismos, elaborar estudios y programas que sean necesarios para determinar hábitos de consumo, realizar evaluaciones periódicas de nuestros servicios y productos a efecto de mejorar la calidad de los mismos, así como evaluar la calidad del servicio que brindamos y en general, para el cumplimiento de las obligaciones que hemos contraído con usted.