ECONODENTAL PLUS MARTINEZ

ODONTOLOGIA INTEGRAL

**HISTORIA MEDICA Y DENTAL**

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Edad: \_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de su domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de su trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edo Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WhatsApp: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facebook: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recomendado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de indicar con una “X” si alguna de las enfermedades mencionadas a continuación, la ha padecido o actualmente la padece.

Diabetes (si) (no)

Fiebre reumática (si) (no)

Hepatitis (si) (no)

Enfermedades del corazón (infarto, angina de pecho, utiliza marcapasos) (si) (no)

Enfermedades de la sangre (Hemofilia o alteración en la coagulación) (si) (no)

Enfermedades de los riñones (retención de líquidos, hinchazón en tobillos) (si) (no)

Enfermedades de los pulmones (tuberculosis) (si) (no)

Asma (si) (no)

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:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responda las siguientes preguntas:

¿Es usted alérgico a algún tipo de medicamento como penicilina, sulfas, o alguna otra sustancia como anestésicos, analgésicos etc.?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sufrido alguna reacción alérgica debido a la anestesia dental, cloro, látex ,yodo, etc? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Considera que su coagulación es normal ante cualquier herida en su cuerpo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Padece o ha padecido de presión arterial alta o baja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Padece alguna enfermedad de tipo infecto-contagiosa como sida, hepatitis, sífilis? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Esta usted embarazada? \_\_\_\_\_\_\_\_ En caso afirmativo indicar en que mes de embarazo se encuentra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Experiencias en consultorios dentales desagradables? Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de la consulta o queja principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Algún otro aspecto importante de salud que desee mencionar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“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.- | 28.- |
| 17.- | 27.- |
| 16.- | 26.- |
| 15.- | 25.- |
| 14.- | 24.- |
| 13.- | 23.- |
| 12.- | 22.- |
| 11.- | 21. |
|  |  |
| 31.- | 41.- |
| 32.- | 42.- |
| 33.- | 43.- |
| 34.- | 44. - |
| 35.- | 45.- |
| 36.- | 46.- |
| 37.- | 47.- |
| 38.- | 48.- |

**EXPLICACION DEL TRATAMIENTO**

**1.- 4.- 7.-**

**2.- 5.- 8.-**

**3.- 6.- 9.-**

**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.