

Facultad de Odontología

Hospital Odontológico Universitario

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Historia Clínica Nº

ASIGNATURA

CURSO

COMISIÓN

AÑO

Datos del Paciente

Apellido/s

Nombre/s

Edad

DNI/Pasap.

Localidad

Partido/Barrio

Código Postal

Fecha de Nacimiento

Género

M

F

No Esp.

País de Origen

Teléfono

E-mail

Obra Social

Si

No

¿Cuál?

Nº Afiliado

Cuestionario Pre-Clínico

¿Cuándo fue la última vez que recibió tratamiento odontológico?

¿Está en tratamiento médico?

Si

No

¿Por qué causa?

¿Toma medicamentos?

Si

No

¿Cuáles?

¿Tuvo hemorragias?

Si

No

¿Fue operado en los últimos diez años?

Si

No

¿Causa?

¿Recibió transfusiones de sangre o derivados?

Si

No

¿Alergias?

Si

No

¿Cuáles?

Trastornos psiquiátricos

Si

No

Diabetes

Si

No

Dolencia cardíaca

Si

No

Hemofilia

Si

No

Problemas neurológicos

Si

No

Problemas renales

Si

No

Diálisis

Si

No

Hepatitis

Si

No

Tuberculosis

Si

No

Neumonía

Si

No

Sífilis

Si

No

Hipertensión

Si

No

HIV

Si

No

¿Está embarazada?

Si

No

¿Tiene o tuvo infecciones a repetición? (Herpes Zoster, Mononucleosis)

Si

No

Presión Arterial: Máxima

mmHg.

-

Mínima

mmHg.

Pulso

LxM

Frecuencia Respiratoria

RxM

¿Motivo de la consulta?

Examen Clínico

Odontograma Permanentes

DERECHA

18

17

16

15

14

13

12

11

48

47

46

45

44

43

42

41

IZQUIERDA

21

22

23

24

25

26

27

28

31

32

33

34

35

36

37

38

Odontograma Temporarios

DERECHA

55

54

53

52

51

85

84

83

82

81

IZQUIERDA

61

62

63

64

65

71

72

73

74

75

Piezas Presentes

Índices

C

P

O

D=

c

e

o

d=

IHS

P

N

Observaciones

La información antes descripta tiene carácter de declaración jurada.

Fecha

/

/

Firma paciente o responsable

Firma estudiante

Firma y sello del docente

Radiografías Periapicales

Rx Preoperatoria

Rx Intermedia 1

Rx Intermedia 2

Rx Intermedia 3

Rx Posoperatoria

	Fecha	Código	Pieza o Sector	Cara	Tratamiento	Apellido y Nombre del Alumno	Firma del Docente	Nota	Firma del Paciente
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									

Consentimiento Informado

En este acto, yo

Apellido y Nombre del paciente

DNI/Pas.

declaro que

Apellido y Nombre del docente

me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica:

Por lo que tendré que

Cuando se me interrogó sobre mi estado de salud, hábitos y comportamiento, he contestado con la verdad y ha quedado asentado en la historia clínica. Entendí las explicaciones del estudiante y el docente, que las expuso en forma sencilla, y además las escribí en este documento, me explicó las distintas posibilidades de tratamiento y de los riesgos y complicaciones que puedan sobrevenir, permitiéndome realizar observaciones y aclarando todas mis dudas. Comprendo que el estudiante y el docente se compromete a poner todos los medios a su alcance para el resultado del tratamiento, pero que pueden actuar muchos factores, algunos dependerán de la respuesta de mi organismo y otros de mi conducta, por lo que me comprometo a cumplir todas las indicaciones e instrucciones y concurrir al consultorio ante cualquier duda o complicación, además de los controles periódicos. También entiendo que en cualquier momento y sin mediar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por todo ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones. Además, acepto se me extraiga una muestra de sangre en caso de accidente punzante.

Datos del padre, madre o tutor

Apellido y Nombre

DNI

Teléfono

Domicilio

Firma del paciente, padre, madre o tutor

Firma y sello del docente