



FECHA

Alumno

Docente

Anexo CIRUGÍA A

No fue atendido por

Anamnesis

Estado Actual

Presión arterial INICIAL: Máxima mmHg. - Mínima mmHg.  
Presión arterial FINAL: Máxima mmHg. - Mínima mmHg.

Grupo Sanguíneo  
Factor RH

Antecedentes Personales

Vacuna Antitetánica Si No Certificado de vacunación Si No Paciente lúcido Si No

¿Fuma o consume tabaco con frecuencia? Si No Cantidad de cigarrillos diarios ¿Bebe alcohol con frecuencia? Si No

¿Consume drogas? Si No ¿Cuál/es?:

Alguna vez tuvo:

Sinusitis Si No Tratamiento con Rayos X Si No Tratamieno con quimioterapia Si No  
Glaucoma Si No Úlceras de estómago Si No

¿Tuvo enfermedades de la infancia? Si No ¿Cuál/es?:

¿Tiene lesiones cardíacas congénitas? Si No ¿Cuál/es?:

¿Alguna vez sufrió ataque cardíaco o cerebral? Si No ¿Le falta el aire cuándo duerme? Si No

¿Tiene alguna enfermedad cardiovascular (insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arterioesclerosis)? Si No

¿Alguna vez le faltó el aire al hacer un ejercicio suave? Si No ¿Se le hinchan los tobillos u otras partes del cuerpo? Si No

¿Tuvo alguna enfremedad de la sangre? Si No ¿Cuál/es?:

¿Tiene asma? Si No ¿Adormecimientos o parálisis? Si No ¿Convulsiones? Si No ¿Es epiléptico? Si No

Ha padecido:

ACV Si No Candidiasis Si No Herpes bucal Si No Ulceraciones bucales Si No Tiroides Si No  
Lesiones eritematosas o blancas Si No Insuficiencia suprarrenal Si No Osteoporosis Si No

Sólo si es mujer:

¿Está embarazada? Si No ¿Ya ha tenido la menopausia? Si No ¿Toma píldoras anticonceptivas? Si No

Antecedentes Familiares

Padres: ¿Viven? Si No Causa del deceso

Hermanos: ¿Viven? Si No Causa del deceso

Afecciones familiares:

Diabetes Si No Hipertensión Si No Alergias Si No Convivencia con Hepatitis o Tuberculosis Si No

Hemofilia o enfermedades hemorrágicas (indique cual)

El nombre de mi médico es

y su dirección

Acto pre quirúrgico

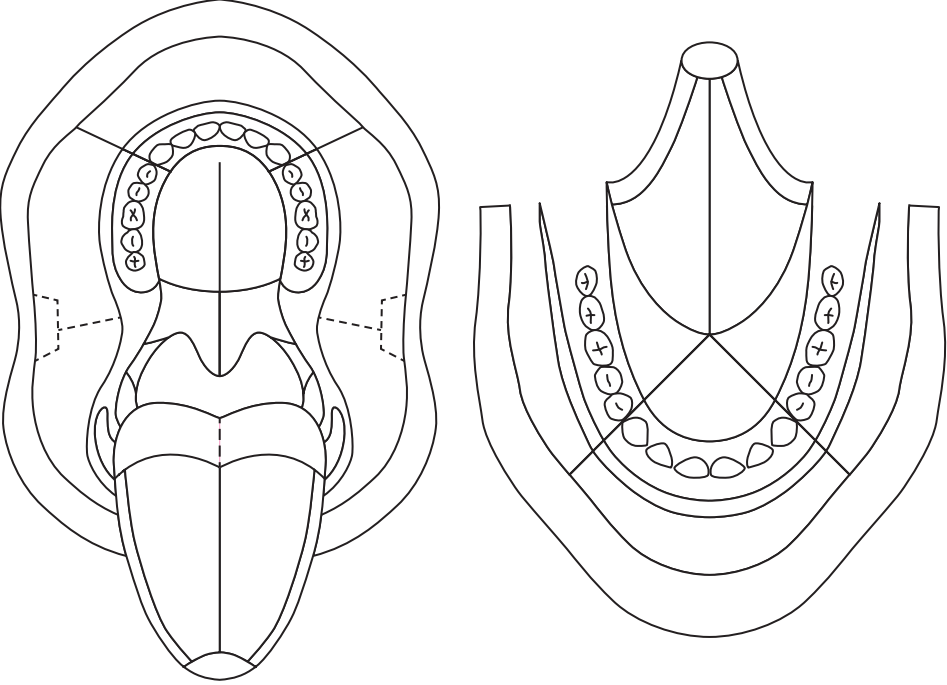
Interconsulta (se adjunta informe)

Enfermedad Actual

Premedicación

Exámenes complementarios

Registro gráfico de lesiones



Referencias

Acto quirúrgico

Diagnóstico clínico

Tratamiento

Fecha de la cirugía

/

/

Tipo de anestesia

Cantidad de anestubos

Medicación pre operatoria

Instrumental utilizado en la exodoncia

Sutura

Drenaje

Si

No

Biopsia

Si

No

Descripción del acto quirúrgico

Medicación pos operatoria

Controles pos operatorios y evolución

En caso de urgencia o dudas concurrir a la asignatura Cirugía A de la Facultad de Odontología - UNLP o comunicarse con:

Alumno

Teléfono

Docente

Teléfono

En caso de complicación pos operatoria comunicarse con

Teléfono

La información antes descripta tiene carácter de declaración jurada.

Fecha

/

/

Firma paciente o responsable

Firma estudiante

Firma y sello del docente