

HISTORIA CLINICA GENERAL para PcD

Lugar: Fecha / /

| | | | | | | |
|-------------|--|--|--|--|--|--|
| ODONTOLOGO: | Nº de Matrícula | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; height: 20px;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table> | | | | | |
| | | | | | | |

| | | |
|----------|-----|--|
| PACIENTE | DNI | |
|----------|-----|--|

O. Social: Plan: Número Afiliado:
 F.Nac..... Edad..... Ncionalidad: Grupo sanguíneo.....
 Estado Civil..... Cel.....
 Domicilio (calle, núm., barrio, localidad):
 Profesión/Actividad..... Titular: Lugar de trabajo..... Jerarquía.....

Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración Jurada"

Padre con vida? SI NO
 enfermedad que padece o padeció

Madre con vida? SI NO
 enfermedad que padece o padeció

Hermanos sanos? SI NO

Posee un Diagnóstico Médico? SI NO
 DIAGNÓSTICO MÉDICO.....
 Medicación administrada?

Peso y Talla.....
 Asiste a algún centro de día?.....

Realiza algún deporte? SI NO

Nota algún malestar al realizarlo SI NO

Es alérgico a alguna droga? SI NO
 a la anestesia..... a la penicilina otros.....
 Cuando se lastima, cicatriza bien? sangra mucho?.....

Tiene problema de colágeno (hiperlaxitud)? SI NO

Antecedentes de fiebre reumática? SI NO

Es diabético? SI NO
 está controlado?

Tiene algún problema cardíaco? SI NO
 cuál?.....

Toma seguido aspirina y/o ibuprofeno SI NO
 con qué frecuencia?.....

Valores de Presión arterial.....

Chagas? SI NO
 está en tratamiento?

Tiene problemas renales? SI NO

Úlcera Gástrica? SI NO

Botón Gástrico? SI NO

Tuvo hepatitis? SI NO
 de qué tipo? A B C

Tiene algún problema hepático? SI NO
 cuál?

Tuvo convulsiones? SI NO

Es epiléptico? SI NO

Medicación que toma.....

Antecedente de movimientos involuntarios? SI NO

Necesita Movilidad Asistida? SI NO

Utiliza silla de rueda? SI NO

Ha tenido Enferedades de transmisión sexual SI NO
 cuál?.....

Otra enfermedad infecto-contagiosa? SI NO

Tuvo transfusiones? SI NO

Estuvo internado? SI NO

Motivo.....

Fue operado alguna vez? SI NO

de qué?.....

Cuando?.....

Tiene algún problema respiratorio? SI NO
 cuál?

Fuma? SI NO

Está embarazada? SI NO

de cuántos meses?

Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su
 médico que quiera dejar constancia? SI NO
 cuál?.....

Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, Acupuntura, otros?

Médico de Cabecera:

Ajunta Informe Medico SI NO

Presenta el Certificado Único de Discapacidad? SI NO

Clínica/Hospital en caso de hacer falta derivación:

ASA TIPO:

Historia Clínica Odontológica

Motivo de la consulta.....

Tiene experiencia odontológico previa? SI NO

Antecedente de Intervención Quirúrgica? SI NO

Con anestesia general? SI NO

Con sedación consciente o similar? SI NO

Ha tenido dolor? SI NO

De qué tipo?.....

Localizado dónde?

Irradiado hacia dónde?

Tomó alguna medicación.....

Sufrió algún golpe en los dientes? SI NO

cuándo?..... cómo se produjo?

Se le fracturó algún diente? SI NO

cuál?.....

Recibió algún tratamiento?

Tiene dificultad para hablar?

Para masticar?

Para abrir la boca?

Para tragar los alimentos?

Tiene dificultad para tragar y/o expectorar?

Qué tipo de lesiones presenta:

Manchas? SI NO

Abultamiento de los tejidos? SI NO

Ulceraciones? SI NO

Ampollas? SI NO

Le sangran las encías? SI NO

Cuando?

Sale pus de algún lugar de su boca? SI NO

de dónde?

Tiene movilidad en sus dientes? SI NO

Trauma oclusal.....

Ruidos o chasquidos SI NO

Tipo de mordida.....

Frecuencia de cepillado.....

Cepillo manual.....eléctrico..... hilo dental.....otro.....

Se cepilla solo? SI NO

Momentos de azúcar diario

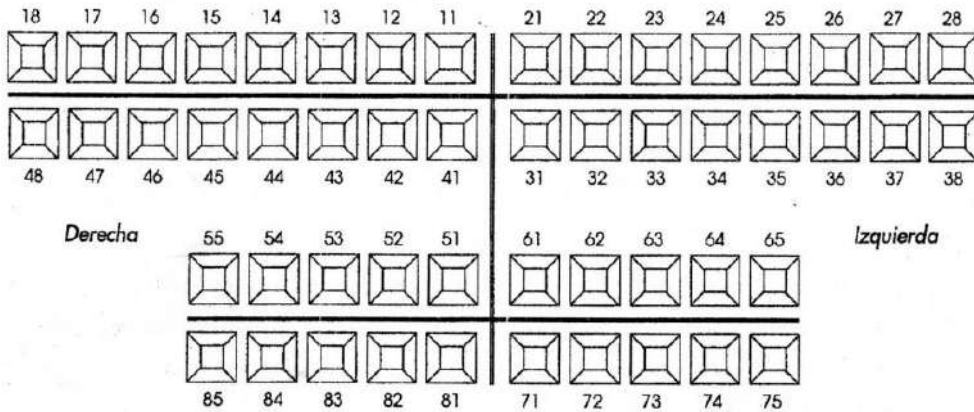
Índice de placa

Estado de la higiene bucal:

Muy bueno Bueno Deficiente Malo

Otros:.....

*Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento. Asimismo, he sido informado que los datos suministrados quedan reservados en la presente **Historia Clínica** y amparados en secreto profesional.*



REFERENCIAS

COLOR ROJO Prestaciones existentes

COLOR AZUL Prestaciones requeridas

X Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA

PROTESIS REMOVIBLE

CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

Estado bucal general: Presencia de sarro SI NO Enfermedad Periodontal SI NO

Diagnóstico presuntivo

.....

.....

.....

Continúa en Anexo N°

Plan de tratamiento fecha:/...../.....

.....

.....

.....

Continúa en Anexo N°

Observaciones:

.....

.....

Estudios Radiográfico y/o complementarios:

.....

.....

Continúa en Anexo N°

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en el lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con el tratamiento que se me va a realizar.

El/la que suscribeDNI N°..... con domicilio en calle.....

otorgo mi consentimiento para realizar el tratamiento necesario para rehabilitar mi salud bucodental propuesta por el/la Dr/a MP.....

.....

