

Historia Odontológica

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Medico: _____ Teléfono: _____

Por favor de contestar todas las preguntas SI o NO y presentar respuesta donde se aplica:

1. ¿Se considera usted estar de buena salud? SI NO
2. ¿Esta ahora o han estado bajo cuidado de un medico en el último año? SI NO
En caso afirmativo, especifique la condición por la que recibió tratamiento _____
3. ¿Toma cualquier medicamento, incluyendo el anticonceptivo? SI NO
Por favor especifique el nombre y el propósito de estos medicamentos: _____
4. ¿Tiene o alguna vez ha tenido problemas de Corazón o la sangre? SI NO
5. ¿Alguna vez le han dicho que tiene un soplo cardíaco? SI NO
6. ¿Necesita antibióticos pre-medicamento por una afección cardíaca, válvulas artificiales o articulación artificial? SI NO
7. ¿Tiene o ha tenido alguna vez la presión arterial alta? SI NO
8. ¿Usted sangra o recibe moretones o magulladuras fácilmente? SI NO
9. ¿Le han diagnosticado como la positiva VIH o SIDA? SI NO
10. ¿Alguna vez ha tenido enfermedad del hígado? SI NO
11. ¿Alguna vez ha tenido: fiebre reumática____; asma____; trastorno de sangre____; diabetes____; Reumatismo____; artritis____; la tuberculosis____; enfermedades venéreo____; infarto____; Enfermedad del riñón____; trastorno del sistema inmunitario____; otra enfermedad ____?
Si es así, especificarlo aquí: _____
12. ¿Alguna vez ha tenido una reacción inusual o reacción alérgica a cualquiera de los siguientes medicamentos: SI NO
Penicilina____; Aspirina____; Acetaminofen____; Ibuprofeno____; Codeína____; Barbitúricos;____; Medicamentos del grupo sulfonamida____; Otros
13. ¿Está sujeto a desmayarse? SI NO
14. ¿Alguna vez ha tenido una reacción severa a tratamiento dental o anestésicos locales? SI NO
15. ¿Usted es alérgico a los anestésicos locales? SI NO
16. ¿Tiene cualquier otra alergia? En caso afirmativo, por favor de indicar: _____ SI NO
17. ¿Alguna vez ha tenido una crisis nerviosa o sometida a tratamiento psiquiátrico? SI NO
18. ¿Ha recibido asesoramiento para el uso de alcohol o la prescripción de medicamentos? SI NO
19. Mujeres: ¿está embarazada? SI NO
20. ¿Tiene dolor ahora? SI NO
21. ¿Hace cuanto tiempo ha visto a un dentista? _____
22. ¿Quién fue su dentista anterior? _____
23. ¿Cree usted que los dientes están afectando su salud en general en cualquier manera? SI NO
24. ¿Tiene o alguna vez ha tenido las encías sangrantes o sensibles? SI NO
25. ¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen o supresores similares para el apetito? SI NO
En caso afirmativo, ha visto su médico o el cardiólogo para una evaluación cardíaca? SI NO
26. ¿Ha utilizado alguna vez o ahora utiliza alcohol o tabaco? SI NO
27. ¿Usted ha tomado Fosamax, Bonivia, o cualquier otro fármaco para el cáncer óseo metástasis? SI NO

CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS ANTERIORES SON PRECISAS A LO MEJOR DE MI CAPACIDAD .COMO UN CAMBIO EN MI CONDICION MEDICA O EN MEDICAMENTOS QUE TOMO PUEDEN AFECTAR EL TRATAMIENTO DENTAL,COMPRENDO LA IMPORTANCIA Y ME COMPROMETO A TOMAR LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR AL DENTISTA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI MEDICAMENTOS EN CUALQUIER CITA SUBSIGUIENTE.

Firma _____ Fecha _____

(Paciente, Tutor legal o agente autorizado del paciente)

(Rev. 5/11)

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDER

Doy autorización al Dr. Furgeson, y/o Dr. Peery y/o los asociados o asistentes que él o ella haya designado para realizar los procedimientos que hayan sido considerados necesarios o aconsejado para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor de edad o otro individuo por el cual yo sea responsable, incluyendo preparativos y/o administración de cualquier sedante (incluyendo oxido de nitroso), analgésicos, terapéutico y/o otros agentes farmacéuticos, incluyendo los relacionados a los reconstituyentes, terapéuticos o tratamientos quirúrgicos.

Entiendo que la administración de anestesia local podría causar una reacción desfavorable o efectos secundarios los cuales podrían incluir, pero no se limitan a magulladuras, hematomas, estimulación cardíaca, músculos adoloridos y temporalmente o entumecimiento permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas podrían quebrarse y necesitar operación quirúrgica, y ocasionalmente gotas de anestésico local pueden ponerse en contacto con los tejidos o los ojos y faciales y causar irritación temporal.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluyendo procedimientos preventivos como limpieza dental y odontología básica incluyendo, rellenos de todo tipo, la dentadura podría quedar sensible o hasta posiblemente un poco adolorida, en dos casos, durante y/o después de completar el tratamiento. También los materiales y medicamentos dentales pueden causar una reacción sensible o alérgica.

Después de una cita prolongada los músculos de la mandíbula podrían quedar adoloridos y delicados. La encía y tejidos de alrededor podrían también estar sensibles o con dolor durante y/o después del tratamiento. Aunque no es común, es posible que la lengua, mejilla u otros tejidos orales sean accidentalmente lacerados (cortados) durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos suturas o tratamiento adicional podría ser requerido.

Entiendo que como parte de los artículos del tratamiento dental incluyendo, pero no se limitan a pequeños instrumentos dentales, coronas, componentes de perforadora, etc. podrían ser inhalados hacia el sistema respiratorio o ser tragados. Esta situación inusual podría requerir broncoscopio o otros procedimientos para asegurar la recuperación segura.

Entiendo la necesidad de revelar al dentista cualquier medicamento que estoy tomando o ha tomado anteriormente, como Phen-Fen. Entiendo que la clase de medicamentos recetados para la prevención de la osteoporosis, como Fosamax, Boniva o Actonel, puede resultar en complicaciones de que no se le cure el hueso de la mandíbula después de cirugía oral o la extracción de un diente.

Asumo voluntariamente cualquier o todos los riesgos posibles, incluyendo el riesgo de danos sustancial y serio, si hubiera seria asociado con prevención general y procedimiento del tratamiento operativo en espera de obtener los resultados deseados, los cuales podrían o no ser obtenidos para mi beneficio o el de mi hijo menor de edad. Entiendo que la naturaleza y propósito de los procedimientos por efectuarse se me han explicado si fuera necesario y que yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____
(Paciente, guardián legal o agente autorizado del paciente)

Fecha: _____

Testigo: _____

Fecha: _____