

HISTORIA CLINICA GENERAL

Fecha de ingreso:/...../.....

APELLIDO/S: **NOMBRE/S:**
DNI: **TELÉFONO: CELULAR:** **FIJO:**
DOMICILIO:
LOCALIDAD: **PROVINCIA:** **CÓDIGO POSTAL:**

Fecha de nacimiento:
Estado civil:
Médico de cabecera:
Servicio de emergencia:
Ocupación actual:

Lugar de nacimiento:
Religión: Obra Social:
¿Dónde atiende? Tel:
Persona/ familiar de contacto:
Motivo de consulta:

HISTORIA MÉDICA ANTERIOR

¿Cuándo se hizo último chequeo médico?:
¿Ha recibido transfusiones de sangre o productos sanguíneos?: Indique la fecha:

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Enfermedades de sus padres/ familiares directos:
.....

HISTORIA MÉDICA ACTUAL

GRUPO SANGUÍNEO: FACTOR RH: PSA: Max: Min: PULSO:
¿Está embarazada? : ¿De cuantos meses? ¿Transita embarazo normal?
¿Se encuentra amamantando? ¿Toma anticonceptivos?
¿Padece o padeció Hepatitis? ¿Qué tipo? ¿Hace cuánto?
¿Padece o padeció cáncer? ... ¿Qué tipo? ¿Qué tratamiento recibió?
¿Ha recibido radioterapia?
¿Ha ganado o perdido más de 5Kg últimamente? ¿Está bajo tratamiento médico? ¿Por qué?
¿Padece alguna afección cardíaca?
Cuando sube las escaleras ¿tiene que detenerse por falta de aire o dolor en el pecho?
¿Tiene bronquitis, enfisema, tos asma? ¿Tiene alguna afección gastrointestinal?
¿Tiene problemas neurológicos? (desmayos, parálisis, Parkinson)
¿Trastornos psicológicos? (depresión, ansiedad, otros)
¿Consume aspirina? ¿Consume algún medicamento anticoagulante? ¿Cuál?
¿Toma o tomó en los últimos dos años corticoides? ¿Cuánto tiempo? ¿Qué dosis?
¿Fuma? ¿Cuántos por día? ¿Toma bebidas alcohólicas? ¿Cuánto por día?
¿Padece diabetes? ¿Qué tipo? Fecha y resultado del último control de glucemia
¿Padece enfermedades renales o urinarias? ¿Anemia?
Presenta afecciones articulares (¿artritis, dolor de espalda, de rodillas, etc?) ¿Osteoporosis?
¿Es alérgico o ha presentado reacciones alérgicas a medicamentos o anestésicos?
.....
¿Ha sufrido hemorragias? ¿Ha sufrido hemorragia posterior a una extracción dental?
.....
¿Alguna consideración que quiera mencionar?
.....
Medicación que está tomando: (incluir recetados y de venta libre y dosis)
.....
.....

Consentimiento básico atención odontológica-COVID-19

En la ciudad de Córdoba a los _____ del mes de _____ del año _____ siendo las _____ hs autorizo el siguiente tratamiento odontológico realizado por el estudiante _____ DNI _____ quien habiendo aprobado las materias básicas de su carrera, realicen actividades de aprendizaje en instituciones asistenciales oficiales o privadas, que sólo podrán actuar bajo la dirección, control personal directo de los profesionales designados para su enseñanza y dentro de los límites autorizados.

Nombre y Apellido del Paciente _____ DNI _____

Nombre y Apellido del Responsable (en caso de que corresponda) _____

EL PRESENTE CUESTIONARIO DEBE SER CONTESTADO DE PUÑO Y LETRA Y FIRMADO POR PARTE DEL PACIENTE Y/O TUTOR RESPONSABLE.

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que puedan realizársele los procedimientos odontológicos a futuro.

● Declaro que se ha examinado mi boca debidamente. Que se me han explicado otras alternativas a este tratamiento, siendo mi voluntad que se me realice el tratamiento objeto del presente consentimiento. Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. ● Consiento la ejecución de operaciones y procedimientos además de los ahora previstos o diferente de ellos, tanto si se debieran a nuevas o imprevistas afecciones. Apruebo que el estudiante mencionado o su/s jefe/s de trabajos prácticos realicen en mi cavidad bucal, lo necesario o conveniente durante el tratamiento a realizar. ● Consiento que se fotografíen las operaciones o procedimientos que se han de ejecutar para fines médicos, científicos o educativos, siempre que mi identidad sea reservada debidamente. ● Consiento la administración de anestesia local ● Dejo constancia de que se me ha explicado en forma verbal y he dado mi consentimiento con respecto a: los riesgos molestias y efectos adversos previsibles, riesgos personalizados, medicación indicada, consecuencias de la no realización del procedimiento propuesto y que mi decisión como paciente o de mi representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, podría ser revocada si lo quisiera.

● Asimismo, declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente la conveniencia y el objetivo del presente cuestionario "CONSENTIMIENTO BÁSICO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA COVID-19" y las consecuencias de no responder correctamente las preguntas indicadas. *Este procedimiento está indicado para detectar casos sospechosos de COVID-19.*

¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días? SI NO
¿Ha tenido problemas respiratorios (incluyendo tos) en los últimos 14 días? SI NO
¿Ha viajado a países de riesgo en los últimos 14 días? SI NO
¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de Coronavirus? SI NO
¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días? SI NO

En función del presente documento se tomará la decisión clínica de atender el paciente, demorar el tratamiento odontológico en el caso que sea posible o derivarlo a un centro asistencial. El esquema de decisión de atención durante la pandemia de COVID-19 es:

● Respuesta SI a algunas de las preguntas del cuestionario: 1) Demorar el tratamiento dental (salvo urgencias) 14 días. 2) Si el paciente presenta fiebre (temperatura mayor a 37, 3º) debe concurrir de inmediato a un centro asistencial por posible contagio con COVID-19.

● Respuesta NO a todas las preguntas del cuestionario: 1) Si el paciente presenta fiebre (temperatura mayor a 37, 3º), demorar el tratamiento dental (salvo urgencias) 14 días. 2) Si el paciente no presenta fiebre, realizar el tratamiento con las medidas de bioseguridad correspondientes.

● La Universidad actualizará esta información en función de la actualización de lo que se considere CASOS SOSPECHOSOS, por parte del Área de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

x
Firma del Paciente y Aclaración (o Representante) DNI

x
Firma del estudiante
DNI

x
Firma del docente a cargo
Sello/ MP



RADIOGRAFÍAS

ATENCIÓN: Abrochar las placas radiográficas desde un extremo. Indicar fecha, pieza, motivo de la toma radiográfica, diagnóstico y tratamiento realizado.

**RADIOGRAFÍAS DE DIAGNÓSTICO / INICIAL / DE
PRETRATAMIENTO**

**RADIOGRAFÍAS DE CONTROL / PASOS
INTERMEDIOS / FINALES POSTRATAMIENTO**

