



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



DEPARTAMENTO DE EXODONCIA

1904

HISTORIA CLÍNICA

NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____ OCUPACIÓN: _____

DOMICILIO: _____ COL: _____ CP: _____ TEL: _____

ESTUDIANTE QUE ELABORÓ LA H.C.: _____ GRUPO: _____

REFERIDO POR: _____ DR: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

1. ¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS? SI NO

2. ¿HA ESTADO USTED HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS? SI NO

3. ¿PADECE DIABETES, ASMA, FIEBRE REUMÁTICA, HEPATITIS, CONVULSIONES TENSION ARTERIAL ALTA O BAJA, ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O ALGUNA OTRA ENFERMEDAD?
 TA: / mmHg Fc: X min. FR X/min. SI NO

4. ¿EN ESTE MOMENTO SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO? SI NO

5. ¿PADECE DE ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO, ALIMENTO U OTRA SUSTANCIA? SI NO

6. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE? SI NO

7. ¿ALGUNA VEZ TIUVO HEMORRAGIA QUE REQUIRÓ TRATAMIENTO ESPECIAL? SI NO

8. ¿ESTÁ USTED EMBARAZADA? SI NO MESES _____ FECHA DE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN _____

9. DIAGNÓSTICO: _____

10. PROCEDIMIENTO: _____

11. NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE A CARGO: _____

12. NOMBRE Y FIRMA DEL FACULTATIVO A CARGO: _____

13. NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PROCEDIMIENTOS DE EXODONCIA

NOMBRE: _____ FECHA: _____
 DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO: _____
 CIRUGIA O PROCEDIMIENTO PLANEADO: _____

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168-SSA1-1998. Del expediente Clínico Médico, publicado el lunes 14 de diciembre de 1998, en su capítulo 10.1.1 es presentado este documento escrito y firmado por el paciente, persona responsable o tutor, mediante el cual acepta, bajo la debida información de los riesgos y los beneficios esperados del procedimiento quirúrgico a realizar. Por consiguiente y en calidad de paciente:

DECLARO

1. Que cuento con la información suficiente sobre los riesgos y beneficios durante mi procedimiento quirúrgico, y que puede cambiar de acuerdo a lo inherente del procedimiento quirúrgico.
2. Entiendo que el procedimiento a realizar, los riesgos que implica y la posibilidad de complicaciones, me han sido explicados por el facultativo a cargo y comprendo perfectamente la naturaleza y consecuencias del procedimiento.
3. Que no se me ha garantizado ni dado seguridad alguna acerca de los resultados que se podrán obtener.
4. Que puedo requerir de tratamientos complementarios la vez antes mencionados.
5. Que se me ha informado, que el personal del departamento de Cirugía Bucal, cuenta con experiencia y con el equipo necesario para mi procedimiento quirúrgico y aun así, no me exige de presentar complicaciones.
6. Consiento para que se me administre anestesia local bajo la supervisión del facultativo a cargo.
7. Autorizo a la FO de la UNAM para que presente con fines científicos o didácticos de aquellos tejidos, partes u órganos dentales como resultado de los procedimientos quirúrgicos.
8. Consiento para que se me tomen fotografías, películas sobre mi caso.
9. Y que soy responsable de comunicar mi decisión y lo antes informado a mi familia.

En virtud de lo anterior, doy mi consentimiento por escrito para que los estudiantes de la asignatura de Exodoncia, bajo la asesoría del facultativo a cargo, lleven a cabo los procedimientos que consideren necesarios para realizar la cirugía a la que he decidido someterme, en el entendido que si ocurren complicaciones en la aplicación de la técnica quirúrgica, no existe conducta dolosa.

ACEPTO

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL FACULTATIVO A CARGO