



HISTORIA CLINICA CIRUGIA ORAL



Fecha _____

Nombre: _____ Edad _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Sexo: F ___ M ___ Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Estado Civil _____

Religión: _____ Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle y No. Colonia C.P.

Carnet Número: _____ Procedencia: _____

Alumno: _____ Grupo: _____

Referencia: _____ Dr.(a): _____

Motivo de la Consulta: _____

Historia de la enfermedad actual: _____

Antecedentes Heredo familiares: Diabetes Hipertensión Cardiopatías
Cáncer Infectocontagiosas

Detallar: _____

Alergias: _____

¿Actualmente se encuentra bajo tratamiento médico? _____ ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades:

Cirugías:

Hospitalizaciones:

Transfusiones:

Hemorragias que requieran atención médica: _____

COVID-19: _____ Inmunizaciones: _____

Secuelas: _____

Hábitos y Tiempo de Evolución:

Alcoholismo: _____ Tabaquismo: _____ Estupefacientes: _____

¿Alguna vez ha recibido anestesia local?: SI NO

¿Presentó alguna reacción indeseable?: SI NO

¿Cuál?: _____

DATOS DE ATENCIÓN MÉDICO/DENTAL

T.A. _____ Temperatura _____ F.C. _____ F.R. _____ O2 _____

¿Está usted tomando algún medicamento? SI NO

¿Cuáles?: _____

Dosis: _____

Frecuencia: _____

¿Ha tomado o usado cortisona o algún tipo de esteroide los últimos 12 meses?: SI NO

¿Ha tenido reacciones alérgicas a alimentos o medicamentos? SI NO

¿Cuáles?: _____

Describa la reacción: _____

¿Consumen usted Bifosfonatos? SI NO

¿Modo de ingesta?: _____

¿Razón de la ingesta? _____

¿Padece usted alguna condición o enfermedad no mencionada, cirugía y/o estudio pendiente

que no se le ha preguntado por el momento? _____

Diagnóstico Presuntivo: _____

Plan de Tratamiento: _____

Pronóstico: _____

Manifiesto que todos los datos de la presente solicitud fueron declarados por mí, son verídicos y correctos.

Nombre y firma

Autorización del Procedimiento: Dr. (a):

Nombre firma cédula

Nota Post quirúrgica.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Hora: _____

Autorizo al Dr. _____, la realización del procedimiento
_____;

sabiendo anticipadamente que el procedimiento señalado consiste en _____

para _____

La intervención se realizará bajo anestesia local o regional, de cuyos riesgos también se me ha informado, así como de reacciones adversas a los medicamentos, hipersensibilidad, alergias, shock anafiláctico, e incluso la muerte.

Manifiesto que se me ha explicado claramente en qué consiste el procedimiento y otorgo mi más amplio consentimiento en que se me realice el mismo, sabiendo las bondades, beneficios, riesgos y complicaciones de dicho procedimiento.

El Dr. (a) me ha explicado y, asimismo estoy enterado y comprendo que a pesar de qué se realice correctamente la técnica quirúrgica, cualquier operación o procedimiento implica algunos riesgos y complicaciones, inmediatos o tardíos que podrían presentarse, tales como:

- Inflamación.
- Dolor.
- Laceraciones en la mucosa del labio o mejilla o de la lengua.
- Fracturas de dientes adyacentes el desalojo de las restauraciones.
- Infección de la herida, o infecciones oportunistas.
- Fracturas óseas (maxilar o mandibular)
- Alteraciones en la sensibilidad.
- Comunicación Oroantral.

- Trismus (limitación de la apertura oral).
- Dolor en la articulación Temporomandibular.
- Osteítis alveolar.
- Hematomas.
- Equimosis.
- Alteraciones o retardo en la cicatrización ósea o de los tejidos blandos.
- Hemorragia.
- Desplazamiento del diente a una zona anatómica distinta.

Estas complicaciones no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el Facultativo. (Dr., Dra.) a cargo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento, siendo necesario en ocasiones, la hospitalización, en medios público o privado donde se procure ante todo la salud del paciente.

Así también autorizo que el procedimiento sea realizado por un alumno (a) supervisado por el (la) facultativo(a) cargo del grupo ya que se trata de una unidad de enseñanza.

Después del tratamiento se puede presentar sintomatología propia de un post quirúrgico, dolor, inflamación, sensibilidad dental, limitación de la apertura oral, que normalmente desaparecerán en un periodo aproximado de ocho días o con un tratamiento posterior.

El facultativo (Dr., Dra.) a cargo me ha explicado que todo el acto quirúrgico tiene potenciales complicaciones serias, que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos y que por mi condición de salud actual: _____

_____ puede aumentar los riesgos y las potenciales complicaciones.

Enterado (a) de todo lo anterior, otorgo mi consentimiento ya que, leído y entendido el contenido de este formato, se me han aclarado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto al procedimiento a seguir pues se me han explicado en un lenguaje claro y sencillo así mismo se me ha permitido realizar todas las observaciones, sin que exista en mi, duda alguna, por lo que firmo el presente consentimiento, siendo las _____ horas del día ____ del mes _____ del año _____.

Observaciones:

Firma de autorización del (a) paciente padre o tutor.

Nombre completo y firma

Testigo

Nombre y firma

Testigo

Nombre y firma