

Colegio de Odontólogos de la Pcia. de Bs. As. – Distrito VIII –

**Historia Clínica y Consentimiento Informado
Clínicas y Cursos de Post-Grado**

Profesional:.....

Hist. Clin. N°:...../.....

Paciente:

Nombres y Apellido:.....

Fecha de Nacim.:...../...../..... **Sexo :**

N° de Tel.:..... **Estado Civil:**

Domicilio:.....

Localidad:..... **Prov:**.....

Tipo y N° de Doc.:..... **Ocupación:**.....

1° - Motivo de la consulta:

.....
.....
.....
.....

2° - Antecedentes de la enfermedad:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Radiografías u otro tipo de estudios:

.....
.....

3° - Antecedentes Familiares:

Padre..... Vive Si No

Causa de Fallecimiento:.....

Madre..... Vive Si No

Causa de Fallecimiento:.....

Hermanos cant:..... Alguno Fallecido..... Causa:.....

Cent. de Hijos:..... Alguno Fallecido..... Causa:.....

4° - Habitos:

Tipo de Habito:	SI	NO	
Fuma			Desde cuándo?: Cuántos atados por día?:
Alcohol			
Infusiones			
Drogas			

ODONTOGRAMA:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

CPO:.....

5° - Antecedentes de Enfermedades

Problemas:	SI	NO	Descripción:
Respiratorios y/o Pulmonares			
Circulatorios			Recuerda Valores de Presión Sang.: Max / Min
Nerviosos			
Cardíacos			
Renales			
Ginecológicos			Anticonceptivos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Óseos			
Diabetes			Recuerda Valores:
Internación			Porqué causa? : Hace cuanto tiempo?:
Cirugías			Porqué Causa? : Hace Cuanto tiempo?:
Alergia a algún Medicamento			A cual? :
Toma algún medicamento No indicado anteriormente?			Cuál? : Indicado por qué Dr? :

Observaciones y/o Aclaraciones:

.....

.....

.....

.....

Consentimiento Informado:

Yo: mayor de edad,
con Documento de Identidad Tipo y N° como paciente.

O como responsable del paciente:.....con Documento N°, Certifico que se me ha interrogado sobre mi estado de salud, hábitos y comportamientos, **que he contestado con la verdad** y ha quedado asentado en esta Historia Clínica.

Autorizo al Dr. **MP :**..... **a realizar los procedimientos, quirúrgicos y/o, medicamentosos, que se me han informado , comprometiéndome a concurrir a todas las citaciones posteriores, para control y/o curación, como parte del tratamiento . Se me ha explicado clara y detalladamente, los pasos de la cirugía, del tratamiento y las posibles complicaciones y riesgos que pueden suceder en el acto quirúrgico o posterior al mismo, ya sean de forma temporarias o permanentes. De la misma manera autorizo, la toma de imágenes y filmaciones, de la cirugía y/o los pasos posteriores, con la finalidad de registrar la evaluación del tratamiento, como antecedente de Historia Clínica y académicos.-**

Ciudad de Azúl : dedel.....

Firma:

Aclaración:

Tipo y N° de Docu.:

Firma y sello del Od. Interviniente: