

# Consentimiento Informado

PACIENTE:

ODONTOLOGO:

# Historia Clínica

Nº \_\_\_\_\_



Facultad de Odontología  
Universidad Nacional de La Plata



COLEGIO DE ODONTOLOGOS  
DISTRITO 1

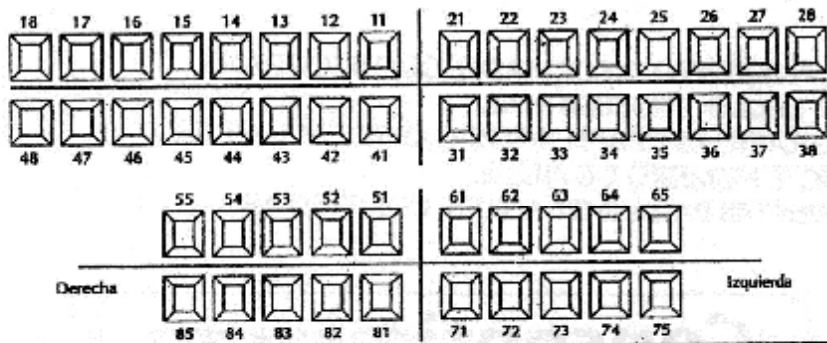


Sociedad Odontológica  
de La Plata



Agrupación Odontológica  
Barros - La Plata - Eisenzde

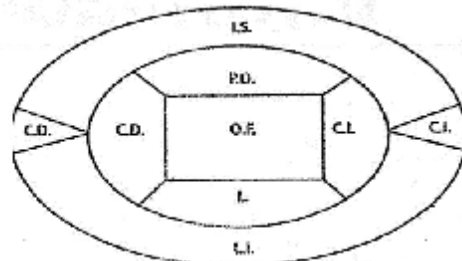
Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Titular: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Lugar de trabajo del titular: \_\_\_\_\_



**REFERENCIAS**

COLOR ROJO: Prestaciones existentes.  
 COLOR AZUL: Prestaciones requeridas.  
 x (Azul) Pieza no erupcionada.  
 = (Azul) Extracción indicada.  
 x (Rojo) Pieza extraída.  
 □ PROTESIS FJA  
 □ PROTESIS REMOVIBLE  
 ○ CORONAS  
 CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES □

**DIAGRAMA DE LESIONES ORALES**



**REFERENCIAS**

- LS: labio superior
- LI: labio inferior
- CD: comisura derecha
- CI: comisura izquierda
- LU: carillo derecho
- LI: carillo izquierdo
- PD: paladar duro
- OF: oro faringe

Conclusiones: SI ( ) NO ( )  
 Presenta lesiones SI ( ) NO ( )  
 Requiere atención odontológica SI ( ) NO ( )  
 Lo deriva al medico SI ( ) NO ( )

Si la respuesta anterior es SI fundamentar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**SEGUIMIENTO DE LESIONES**

Firma y sello odontólogo

Fecha	Observaciones	Firma odontólogo

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- Declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado sobre la conveniencia de someterme a un diagnóstico de posibles enfermedades de mi Mucosa Bucal.
- Se me ha explicado los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de mi salud.
- Se me ha asegurado el debido asesoramiento con el derecho a la asistencia en caso de presentar alguna lesión. Por lo expuesto que se me efectúe dicha observación y las que sean necesarias para la confirmación de los resultados en caso de encontrar lesiones que así lo requieran.

Firma del Paciente

# ANEXO I

## Consentimiento Informado

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

En este acto, yo \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del paciente (en caso de ser menor o incapacitado, los datos del responsable irán acompañando la firma al pie).

Declaro que el Dr. \_\_\_\_\_, me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica:

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

Por lo que tendré que.....

Cuando se me interrogó sobre mi estado de salud, hábitos y comportamiento, he contestado con la verdad y ha quedado asentado en la historia clínica.

Entendí las explicaciones del odontólogo, que las expuso en forma sencilla, y además las escribió en este documento, me explicó las distintas posibilidades de tratamiento y de los riesgos y complicaciones que pueden sobrevenir, permitiéndome realizar observaciones y aclarando todas mis dudas.

Comprendo que el profesional se compromete a poner todos los medios a su alcance para el resultado del tratamiento, pero que pueden actuar muchos factores, algunos dependerán de la respuesta de mi organismo y otros de mi conducta, por lo que me comprometo a cumplir todas las indicaciones e instrucciones y concurrir al consultorio ante cualquier duda o complicación, además de los controles periódicos.

También entiendo que en cualquier momento y sin mediar explicación alguna puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por todo ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento en tales condiciones.

.....  
Firma del paciente (o responsable)

.....  
Firma y aclaración del odontólogo

Responsable:

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## ANEXO II

### 1) DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE:.....

EDAD:..... DOMICILIO:..... TE:.....

OCUPACION:.....

### 2) ANTECEDENTES FAMILIARES:

PADRES: Viven? SI NO. Causa del deceso:.....

HERMANOS: Viven? SI NO. Causa del deceso:.....

### 3) ANTECEDENTES PERSONALES: Remitirse al cuestionario

4) MOTIVO DE LA CONSULTA:.....

### 5) ESTADO ACTUAL:

T/A:..... Pulso:..... Frecuencia respiratoria.....

Paladar duro y blando:..... Lengua.....

Piso de boca..... Carrillo.....

Labio..... Encía..... ATM.....

..... Glándulas salivales.....

Cuello..... Piel.....

Piezas dentarias: Completar odontograma.....

Enfermedad actual:.....

6) DIAGNOSTICO:.....

7) PRONOSTICO:.....

8) PLAN DE TRATAMIENTO:.....

# ANEXO III

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES:

APELLIDO Y NOMBRE:.....

### ANTECEDENTES MEDICOS:

Examen médico en el último año?: SI NO FECHA.....Porque motivo?.....

Cambio en su salud o pérdida de peso sin seguir régimen durante el último año? SI NO FECHA.....

En la actualidad está en tratamiento médico por algún problema de salud? SI NO FECHA.....Medicamentos que ha tomado el último año:.....

Ha estado Ud. seriamente enfermo, hospitalizado, ha sufrido alguna gran Operación y/o transfusión de sangre?.....

Consigne las fechas y motivos de todas las internaciones:.....

Radioterapia por algún tumor o bulto? SI NO FECHA.....Fuma o consume tabaco con frecuencia? SI NO Nro. Cigarrillos/día:.....

Bebe alcohol con frecuencia?.....Alguna vez fue adicto a cualquier droga?.....

### PARA MUJERES SOLAMENTE

Está embarazada?: SI NO semanas de gestación:.....Ya ha tenido la menopausia? SI NO FECHA:.....

Se ha realizado histerectomía u ovariectomía? SI NO FECHA:.....

CARDIOVASCULARES: Paro cardíaco? SI NO FECHA.....Dolor de pecho (angina)? SI NO FECHA.....Fiebre reumática? SI NO FECHA.....

Hipertensión arterial? SI NO FECHA.....Infarto? SI NO FECHA.....

Soplo cardíaco o defecto congénito del corazón? SI NO FECHA.....Endocarditis bacteriana SI NO FECHA.....

RESPIRATORIOS: TOS PERMANENTE? SI NO FECHA.....NEUMONÍA? SI NO FECHA.....ASMA? SI NO FECHA.....

.ENFISEMA SI NO FECHA.....BRONQUITIS? SI NO FECHA.....

### ALERGIAS

Reacción desfavorable a alguno de los siguientes medicamentos? En caso positivo indique el tipo de reacción:.....

Penicilina.....Sulfamidas.....Atropina.....Aspirina.....Eritromicina.....Yodo.....Anestesia local.....

Ibuprofeno..... piroxicam.....Otras..... Ha tenido ataque alérgico? (Urticaria, rinitis, asma) FECHA:...../...../.....

### RENAL

INSUFICIENCIA RENAL SI NO FECHA.....DIALISIS SI NO MEDICACION: .....

### ENDOCRINO

DIABETES SI NO TIPO:..... MEDICACION.....TIROIDES: HIPOTIROIDISMO SI NO FECHA.....

HIPERTIROIDISMO SI NO FECHA......INSUFICIENCIA SUPRARRENAL: SI NO FECHA.....

### SANGRE

ANEMIA: SI NO FECHA..... EUCEMIA: SI NO FECHA..... PROBLEMAS DE COAGULACION: SI NO FECHA.....

### GASTROINTESTINAL:

ULCERA: SI NO FECHA..... GASTRITIS: SI NO FECHA..... AFECCIONES HEPATICAS: SI NO FECHA.....

### INFECCIOSAS:

SIFILIS: SI NO FECHA..... TBC: SI NO FECHA..... HIV: SI NO FECHA..... HEPATITIS B: SI NO FECHA..... VENEREAS: SI NO FECHA.....

NEUROLOGICOS: Adormecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo? SI NO fecha.....

Parálisis de alguna parte del cuerpo? SI NO FECHA.....ACV: SI NO FECHA..... Epilepsia o convulsiones: SI NO FECHA.....

DENTALES: Reacción desfavorable ante un tratamiento dental? SI NO FECHA.....

Tiene dificultad para abrir del todo la boca? SI NO FECHA.....

Lesión traumática en la cara, maxilares o cuello? SI NO FECHA.....

Le cruje o salta la mandíbula o le produce intenso dolor o malestar? SI NO FECHA.....

Se hace atender los dientes con regularidad?. SI NO

Se hizo tratamiento de ortodoncia? SI NO FECHA.....

*Indique cualquier otra información medica o dental que no haya sido cubierta por este cuestionario.....*

.....  
Firma

.....  
Fecha

# ANEXO III

## CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES PERSONALES

### DATOS PERSONALES

Fecha:.....

Apellido y nombres:.....  
Domicilio:..... Ciudad..... Provincia.....  
Código Postal..... Teléfono..... Edad..... Sexo..... Talla..... Peso.....  
Ocupación..... Estado civil..... Nombre del Cónyuge.....  
Pariente más cercano..... Teléfono.....  
Si usted llena este formulario para otra persona que parentesco tiene con ella?.....

### **MEDICOS**

Ha habido algún cambio en su estado de salud en el último año?.....SI NO  
2. Mi último examen médico se hizo el.....Motivo del mismo.....  
3. Se halla bajo atención médica en la actualidad?.....SI NO.  
En ese caso, de que enfermedad se esta tratando?.....  
4. El nombre y domicilio de mi médico es:.....  
5. Ha tenido alguna vez una enfermedad u operación grave?.....SI NO. En ese caso. En que consistió la enfermedad u operación?.....  
6. Alguna vez fue hospitalizado o padeció alguna enfermedad grave en los cinco últimos años?  
Indique cual.....SI NO

### **PERSONALES**

1. Fuma o consume tabaco con frecuencia? Cantidad de cigarrillos diarios.....SI NO  
2. Bebe alcohol con frecuencia?.....SI NO  
3. Alguna vez fue adicto a cualquier droga? En caso afirmativo a cual.....SI NO

### **GENERALES**

1. Fue operado o estuvo en tratamiento con rayos X, o quimioterapia por un tumor o alguna otra enfermedad de la boca o los labios? explique y de fechas.....SI NO  
2. Trabaja usted en algún lugar que lo expone con regularidad a rayos X o a alguna otra radiación ionizante?.....SI NO  
3. Toma alguna droga o medicamento? ....SI NO... En ese caso, cual?.....  
4. Está tomando cualquiera de los siguientes medicamentos?: Dosis?.....  
a. Antibióticos o sulfamidas .....SI NO  
b. Anticoagulantes (fluidificantes de la sangre) .....SI NO  
c. Medicamentos para la presión sanguínea elevada .....SI NO  
d. Cortisona (corticosteroides) .....SI NO  
e. Tranquilizantes .....SI NO  
f. Antihistamínicos .....SI NO  
g. Aspirina.....SI NO  
h. Insulina o drogas similares. Indique cual:.....SI NO  
i. Digital o drogas para los trastornos cardíacos .....SI NO  
j. Nitroglicerina .....SI NO  
k. Otras .....  
5. Ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades? Indique las fechas  
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática .....  
Artritis .....SI NO  
Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas e hinchadas).....SI NO  
Úlceras de estómago .....SI NO  
Trastornos renales .....SI NO  
Tuberculosis .....SI NO  
Tiene tos persistente o expectora sangre? .....SI NO  
Enfermedades venéreas .....SI NO  
HIV.....SI NO  
Glaucoma.....SI NO  
Otras.....  
6. En la actualidad tiene dolor dental o hinchazón? .....SI NO

### **CARDIOVASCULARES**

1. Alguna vez sufrió un ataque cardíaco o cerebral?. Indique fecha.....SI NO  
2. Tiene usted elevada presión sanguínea? .....SI NO  
3. Tuvo fiebre reumática? .....SI NO  
4. Tiene algún soplo cardíaco o cualquier defecto del corazón? .....SI NO  
5. Sintió dolor de pecho (angina) al realizar ejercicio físico?.....SI NO  
6. Alguna vez le falta el aire al hacer un ejercicio suave?.....SI NO  
7. Lesiones cardíacas congénitas? Cual?.....SI NO  
8. Enfermedad cardiovascular (insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arteriosclerosis..... SI NO  
9. Se le hinchan los tobillos, u otras partes de cuerpo?..... SI NO  
10. Le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir?.....SI NO  
11. Baja presión sanguínea?.....SI NO

# ANEXO III

## SANGRE

1. Tuvo alguna enfermedad de la sangre, como anemia, leucemia, hemofilia? Cual?..... SI NO
2. Alguna vez tuvo problemas de hemorragias excesivas?.....SI NO
3. Alguna vez tuvo una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos.....SI NO
4. Se le forman moretones con facilidad? .....SI NO
5. Alguna vez necesitó transfusiones de sangre? Indique la fecha.....SI NO

## RESPIRATORIAS

1. Tiene tos persistente? .....SI NO
2. Se fatiga cuando realiza ejercicios suaves?..... SI NO
3. Tiene asma? .....SI NO
4. Tiene enfisema? .....SI NO
5. Tiene bronquitis? .....SI NO

## ALERGIAS

1. Alguna vez experimentó una reacción desfavorable a una de las siguientes medicaciones?
2. En caso positivo, indique el tipo de reacción:  
Valium.....Penicilina.....Atropina.....Piroxicam.....Eritromicina.....  
.Ibuprofeno.....Aspirina.....Anestesia local.....Otras .....
3. Alergia. ....SI NO
4. Sinusitis .....SI NO
5. Asma ?.....SI NO
5. Urticaria o erupciones cutáneas?.....SI NO

## NEUROLOGICOS

1. Ha sentido adormecimientos en alguna parte del cuerpo?.....SI NO
2. Alguna vez se le paralizó alguna parte del cuerpo?.....SI NO
3. Tuvo convulsiones alguna vez, o es epileptico? .....SI NO
4. Tiene dolores de cabeza frecuentes? .....SI NO
5. Alguna vez estuvo en tratamiento psiquiátrico? .....SI NO
6. Tiene tendencia a desmayarse? .....SI NO
7. Usted se considera una persona nerviosa? .....SI NO
8. Alguna vez sufrió algún grave agotamiento nervioso (surmenage)? .....SI NO
9. Se siente desdichado o deprimido a menudo? .....SI NO
10. Lloro con frecuencia?.....SI NO
11. El tratamiento dental le infunde mucho miedo?.....SI NO
12. Desmayos pasajeros o prolongados?.....SI NO
13. Ha padecido ACV?.....SI NO

## DENTALES

1. Alguna vez sufrió una reacción adversa a un anestésico local (Xylocaína o Novocaína)? Indique el tipo de reacción.....SI NO
2. Alguna vez experimentó una reacción desfavorable frente a cualquier tratamiento dental? Indique cual .....SI NO
3. Tiene dificultad para abrir del todo la boca? .....SI NO
4. Alguna vez sufrió una lesión traumática en la cara, maxilares o cuello? .....SI NO
5. Alguna vez la mandíbula le "cruje" o "salta", o le produce intenso dolor o malestar? .....SI NO
6. Se hace atender los dientes con regularidad?.....SI NO
7. Alguna vez se le hizo tratamiento ortodóncico?.....SI NO

## METABOLISMO

1. Diabetes: Indique tipo.....SI NO
  - 1) Tiene que orinar más de seis veces al día?.....SI NO
  - 2) Siente sed casi siempre?.....SI NO
  - 3) Siente la boca seca con frecuencia?.....SI NO
2. Tiroides. Hipertiroidismo, Hipotiroidismo.....SI NO
3. Insuficiencia suprarrenal.....SI NO

## PARA MUJERES SOLAMENTE

1. Está embarazada? Meses de gestación?.....SI NO
2. Ya ha tenido la menopausia? .....SI NO
3. Se le hizo histerectomía u ovariectomía?.....SI NO
4. Tiene problemas en relación con su periodo menstrual?.....SI NO
5. Esta tomando píldoras anticonceptivas?.....SI NO

Indique toda otra información médica o dental importante que no haya sido cubierta en este cuestionario:

## LE ROGAMOS FIRMAR Y FECHAR A CONTINUACIÓN

...../...../.....  
Fecha

.....  
Firma (paciente o padre de un menor)

Examinado por:.....  
Firma y sello del Odontólogo

