



Datos del Paciente

Apellido/s  Nombre/s

Edad  DNI/Pasap.  Domicilio

Localidad  Partido/Barrio  Código Postal

Fecha de Nacimiento  Género **M** **F** **No Esp.** País de Origen

Teléfono  E-mail

Obra Social **Si** **No** ¿Cuál?  N° Afiliado

Cuestionario Pre-Clínico

¿Cuándo fue la última vez que recibió tratamiento odontológico?

¿Está en tratamiento médico? **Si** **No** ¿Por qué causa?

¿Toma medicamentos? **Si** **No** ¿Cuáles?  ¿Tuvo hemorragias? **Si** **No**

¿Fue operado en los últimos diez años? **Si** **No** ¿Causa?

¿Recibió transfusiones de sangre o derivados? **Si** **No** ¿Alergias? **Si** **No** ¿Cuáles?

Trastornos psiquiátricos **Si** **No** Diabetes **Si** **No** Dolencia cardíaca **Si** **No** Hemofilia **Si** **No**

Problemas neurológicos **Si** **No** Problemas renales **Si** **No** Diálisis **Si** **No** Hepatitis **Si** **No**

Tuberculosis **Si** **No** Neumonía **Si** **No** Sífilis **Si** **No** Hipertensión **Si** **No** HIV **Si** **No**

¿Está embarazada? **Si** **No** ¿Tiene o tuvo infecciones a repetición? (Herpes Zoster, Mononucleosis) **Si** **No**

Presión Arterial: Máxima  mmHg. - Mínima  mmHg. Pulso  LxM Frecuencia Respiratoria  R.xM

¿Motivo de la consulta?

Examen Clínico

**Odontograma Permanentes**

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">18</td><td style="text-align: center;">17</td><td style="text-align: center;">16</td><td style="text-align: center;">15</td><td style="text-align: center;">14</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">11</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45</td><td style="text-align: center;">44</td><td style="text-align: center;">43</td><td style="text-align: center;">42</td><td style="text-align: center;">41</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									18	17	16	15	14	13	12	11																	48	47	46	45	44	43	42	41									<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">21</td><td style="text-align: center;">22</td><td style="text-align: center;">23</td><td style="text-align: center;">24</td><td style="text-align: center;">25</td><td style="text-align: center;">26</td><td style="text-align: center;">27</td><td style="text-align: center;">28</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">31</td><td style="text-align: center;">32</td><td style="text-align: center;">33</td><td style="text-align: center;">34</td><td style="text-align: center;">35</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									21	22	23	24	25	26	27	28																	31	32	33	34	35	36	37	38								
18	17	16	15	14	13	12	11																																																																																										
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																										
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																										
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																										

**Odontograma Temporarios**

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">55</td><td style="text-align: center;">54</td><td style="text-align: center;">53</td><td style="text-align: center;">52</td><td style="text-align: center;">51</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">85</td><td style="text-align: center;">84</td><td style="text-align: center;">83</td><td style="text-align: center;">82</td><td style="text-align: center;">81</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						55	54	53	52	51											85	84	83	82	81						<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">61</td><td style="text-align: center;">62</td><td style="text-align: center;">63</td><td style="text-align: center;">64</td><td style="text-align: center;">65</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">71</td><td style="text-align: center;">72</td><td style="text-align: center;">73</td><td style="text-align: center;">74</td><td style="text-align: center;">75</td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						61	62	63	64	65											71	72	73	74	75					
55	54	53	52	51																																																									
85	84	83	82	81																																																									
61	62	63	64	65																																																									
71	72	73	74	75																																																									

**Índice de riesgo O'Leary**

<p>O'Leary Inicial</p> <p>Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Paciente de Riesgo <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>	<p>O'Leary Final</p> <p>Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Paciente de Riesgo <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>
---	---

**Piezas Presentes**

**Índices**

C  P  O  D= c  e  o  d= **IHS** P  N

Observaciones

La información antes descripta tiene carácter de declaración jurada.

Fecha <input style="width: 100%;" type="text"/>	Firma paciente o responsable <input style="width: 100%;" type="text"/>	Firma estudiante <input style="width: 100%;" type="text"/>	Firma y sello del docente <input style="width: 100%;" type="text"/>
---	--	--	---

### Radiografías Periapicales

Rx Preoperatoria	Rx Intermedia 1	Rx Intermedia 2	Rx Intermedia 3	Rx Posoperatoria

	Fecha	Código	Pieza o Sector	Cara	Tratamiento	Apellido y Nombre del Alumno	Firma del Docente	Nota	Firma del Paciente
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									
9.									
10.									
11.									
12.									
13.									
14.									
15.									
16.									
17.									
18.									
19.									
20.									
21.									
22.									
23.									
24.									
25.									
26.									
27.									
28.									
29.									
30.									

### Consentimiento Informado

En este acto, yo Apellido y Nombre del paciente  DNI/Pas.   
 declaro que Apellido y Nombre del docente 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 estudiante y el docente, 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 puedan sobrevenir, permitiéndome realizar observaciones y aclarando todas mis dudas. Comprendo que el estudiante y el docente 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. Además, acepto se me extraiga una muestra de sangre en caso de accidente punzante.*

#### Datos del padre, madre o tutor

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
 Firma y sello del docente