

Anexo CIRUGÍA B

Anamnesis

Antecedentes Familiares (Abuelos, padres, hermanos, cónyuge/pareja, hijos):

Antecedentes personales:

Nacimiento: Parto Normal Cesárea Lactancia: Artificial Materna

Enfermedades eruptivas: Si No ¿Cuál/es? Otras

¿Tiene o tuvo alergia a algún medicamento? Si No ¿A cuál o cuáles?

Es: Hipertenso Normotenso Hipotenso

Tiene o tuvo (marcar sólo en caso afirmativo):

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Reumatismo articular | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos | <input type="checkbox"/> Problemas renales | |
| <input type="checkbox"/> Problemas vesiculares | <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios | <input type="checkbox"/> Problemas de coagulación | <input type="checkbox"/> Problemas de cicatrización | |
| <input type="checkbox"/> Infecciones post-traumatismos | <input type="checkbox"/> Problemas neurológicos | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Epilepsia o desmayos convulsivos | |

¿Tiene alguna otra alteración? Si No ¿Cuál/es?

¿Está bajo tratamiento médico? Si No Causa:

¿Toma algún medicamento? Si No ¿Cuál/es? ¿Toma anticonceptivos? Si No

¿Fue alguna vez hospitalizado? Si No Causa:

¿Fue alguna vez operado? Si No Causa y fecha:

Menarca (edad): ¿Tiene períodos regulares? Si No ¿Tiene hemorragias entre los períodos? Si No

¿Está embarazada? Si No (..... meses) ¿Cuántos partos tuvo? ¿Abortos naturales o terapéuticos? Si No Cuántos:

¿Fuma? Si No ¿Bebe alcohol? Si No ¿Consume drogas? Si No ¿Cuál/es?

¿Alguna otra información?

Enfermedad actual:

El paciente refiere:

Estado actual:

Paciente lúcido Si No Posición Ubicado en tiempo y espacio Si No Rostro

Presión arterial: Máxima mm/Hg. - Mínima mm/Hg. - Pulso por minuto.

	Piel
	Labios
	Comisura
	Fondo de surco
	Frenillo labial
	Frenillo lingual
	Lengua
	Movilidad lingual
	Carrillos
	Conducto de Stenon
	Piso de boca
	Conducto de Wharton
	Paladar duro
	Paladar blando
Gíngiva	
Reborde maxilar	
Región amigdalina	
Ístmo de las fauces	
ATM	
Sistema Linfo-ganglionar	

Diagnóstico

.....

Radiografías Preoperatorias

Consentimiento informado

Autorización para intervención quirúrgica

Nombre del paciente D.N.I. Nº
autorizo al alumno/a que cursa el 3er / 4to / 5to año de la carrera de
Odontología de la UNLP a realizarme

Entiendo y comprendo:

1. Que el alumno/a y los docentes que supervisan la práctica, me han informado en forma explícita y clara sobre los riesgos inherentes a la operación y acerca de las mayores y/o menores probabilidades de éxito.
2. Que el alumno/a y los docentes que supervisan la práctica, me han informado adecuadamente de cuál es el resultado deseado con la operación, sin comprometerse a lograrlo en su totalidad, no obstante su obligación de actuar con diligencia e idoneidad, planeando la buena ejecución técnica de la labor quirúrgica a efectuar, de acuerdo con los métodos científicos más modernos y experimentados de la especialidad, Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, y las reglas de la ciencia y arte de curar.
3. Que eximo de responsabilidad civil al alumno/a, a quienes lo asistan y supervisen en la intervención (cirugía), a la Asignatura Cirugía B de la FOUNLP, a su Profesor Titular Dr. Adrian Carlos Bencini y a todo el cuerpo docente de la Asignatura Cirugía B, para el caso de no obtenerse en la operación el resultado deseado, por la concurrencia de caso fortuito o hecho propio mío. Se entenderá que no se ha logrado el resultado, si como consecuencia de la operación practicada se produjera un perjuicio funcional y/o estético mayor al que se pretendió corregir, por alteraciones visibles de la región intervenida o de proximidad.
4. Que así mismo, eximo de responsabilidad al alumno/a, a quienes lo asistan y supervisen en la cirugía, a la Asignatura Cirugía B de la FOUNLP, a su Profesor Titular Dr. Adrian Carlos Bencini y a todo el cuerpo docente de la Asignatura Cirugía B, si por la concurrencia de un caso fortuito o hecho mío, o por riesgos propios de la operación, surgiere daño en mi cuerpo o en mi salud, con posterioridad a su ejecución.
5. Así mismo consiento la administración de anestésicos que se consideren necesarios. Reconozco que siempre hay riesgos para la salud asociados con la anestesia y dichos riesgos me han sido completamente explicados.
6. Entiendo que en el curso de la operación o procedimiento pueden presentarse situaciones imprevistas o complicaciones que necesiten procedimientos diferentes o adicionales a los previstos. Consiento por lo tanto a la realización de los procedimientos adicionales que se juzguen necesarios.
7. Me comprometo a asistir a las consultas que el alumno/a, y los docentes de la Asignatura Cirugía B de la FOUNLP, consideren necesarias para el logro y mantenimiento de los objetivos propuestos en el plan de tratamiento.
8. Con el propósito de promover el conocimiento y el progreso científico como así también evaluar la evolución del procedimiento realizado en mí, consiento la fotografía, grabación en cinta de video o televisión de la operación y/o procedimiento a realizarse a condición de que mi identidad no sea revelada.
9. Confirmando que he leído y comprendo en todos los términos que anteceden y que todos los grados y/o correcciones han sido ante mi firma.

La información antes descripta tiene carácter de declaración jurada.

Fecha ____ / ____ / ____	Firma paciente o responsable	Firma estudiante	Firma y sello del docente
--------------------------	------------------------------	------------------	---------------------------

Tratamiento

Radiografías Posoperatorias