

Historia clínica

Nombre: _____
Apellido _____ Nombre _____

Dirección: _____
Número y Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono: _____
Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Si el paciente es menor de edad: Padre: _____ Madre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: _____ Peso: _____ Altura: _____

En las siguientes preguntas Marque Sí o NO lo que se aplica. Sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales.

1. Se encuentra en buena salud?----- Sí No
2. Ha habido ningún cambio en su salud en general con el año pasado?----- Sí No
3. Mi último examen médico fue _____
4. ¿Está ahora bajo el cuidado de un médico?----- Sí No
5. En caso afirmativo ¿cuál es la condición _____
 - a. El nombre del médico _____ Teléfono # _____
6. ¿Ha tenido cualquier operación o enfermedad grave requiere hospitalización?----- Sí No
 - a. En caso afirmativo qué y cuándo fue la enfermedad u operación _____
7. ¿Tienes alguna de las siguientes enfermedades o problemas
 - a. Las válvulas del corazón dañadas o válvulas cardíacas artificiales-----Sí No
 - b. Defectos cardíacos congénitos o soplo-----Sí No
 - c. Enfermedades cardiovasculares: problemas de corazón, infarto, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arteriosclerosis o hipertensión (presión alta).----- Sí No
- i. Tiene dolor en el pecho el ejercicio?----- Sí No
- ii. Eres alguna vez dificultad para respirar después de hacer ejercicio suave?----- Sí No
- iii. Se hinchan los tobillos?----- Sí No
- iv. Te falta el aliento cuando se acuesta?----- Sí No
- v. Tienes un marcapasos?----- Sí No
- vi. Tienes un corazón de arritmia o irregular beat? ----- Sí No
 - d. Le nunca han dicho que necesita tomar antibióticos antes tratamiento dental?----- Sí No
 - e. Embolia?----- Sí No
 - f. Problemas del Sinus?----- Sí No
 - g. Asma?----- Sí No
 - h. Rinitis alérgica, urticaria, erupciones en la piel?----- Sí No
 - i. Convulsiones?----- Sí No
 - j. Diabetes?----- Sí No
 - k. Enfermedad de hepatitis, ictericia o hígado?----- Sí No
 - l. Artritis o reumatismo inflamatorio?----- Sí No
 - m. Ulceras Estomacales?----- Sí No
 - n. Reflujo esofágico?----- Sí No
 - o. Enfermedades del Riñón?----- Sí No
 - p. Tuberculosis o tos persistente?----- Sí No
 - q. Baja la presión arterial?----- Sí No
 - r. Enfermedades venéreas?----- Sí No
 - s. Tratamiento psicológico?----- Sí No
 - t. ¿Tienes una historia de alcoholismo o fármaco dependencia?----- Sí No
8. ¿Ha tomado alguna droga "recreativa" en el año pasado como cocaína, crack, marihuana?----- Sí No
 - a. Si sí ¿qué? _____ Cuando? _____
9. Fuma?----- Sí No
 - a. En caso afirmativo ¿cuánto? _____ Cuántos años? _____
10. En promedio la cantidad de alcohol bebe por semana? _____

11. Hacer sangrar fácilmente, contusión fácil o han tenido sangrado anormal después de la cirugía?--- Sí No
12. ¿Tienes algún desorden de la sangre como la anemia?----- Sí No
13. ¿Ha tenido alguna cirugía o rayos x tratamiento por un tumor, quiste, crecimiento u otra condición
En su cabeza o cuello ?----- Sí No
14. ¿Es usted alérgico a alimentos o medicamentos?----- Sí No
 - a. Por favor enumerar y describir la reacción _____
15. Haga una lista de todos los medicamentos que usted toma, incluyendo sobre el mostrador y medicamentos herbales

16. Haga una lista de cualquier cirugía y o anestésicos que ha tenido y la _____ dates _____
17. Cualquier pariente de sangre tiene cualquier reacción adversa a cualquier anestésicos?-- -----Sí No
18. ¿Tienes alguna enfermedad, condición o problema no aparece?-----Sí No

Mujeres

19. Esta Embarazada?----- Sí No
20. ¿Tienes problemas asociados con la menstruación usted?----- Sí No
21. ¿Eres una madre lactante?----- Sí No

Creo entender la retención de cualquier información sobre mi salud pude comprometer seriamente mi seguridad. He revisado cuidadosamente esta historia de salud y han respondido todas las preguntas sinceramente a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del paciente (o tutor)

Fecha

S: HPI:

ROS: HEENT:

Cardiac:

Pulm:

Liver:

Kidney:

Endo:

Neuro:

Meds

Aller:

SX/ Anest

SH:

O: Gen:

Wt.

BP:

HR:

S pO2

HEENT

Heart:

Lungs:

A: ASA _____

P:

Consentimiento de Anestesia
Dr. Lenny Naftalin
Comfort Dental Anesthesia Group

Comprendo que el proposito de este consentimiento es para informarme de las opciones y los riesgos involucrados con el tratamiento dental bajo anestesia. Me han informado de esto para poder tomar decisiones en relacion al tratamiento. Las opciones de anestesia son determinados de caso a caso. Las opciones son: anestesia local, sedacion intravenosa(consciente) y anestesia general(inconsciente).

Yo autorizo y pido que el Dr. Lenny Naftalin lleve a cabo la anestesia que me han explicado y cualquier otro procedimiento que el Doctor crea necesario o recomendable. Le doy consentimiento y autorizacion, y pido la administracion de tal anestetico(s),de local general, de la manera que sea conveniente para el Dr. Naftalin quien es contratista independiente. Entiendo que el Dr. Naftalin estara encargado completamente de la administracion y mantenimiento de la anestecia y que esto es independiente del tratamiento dental. Yo comprendo que el Dr. Naftalin no es responsable por el tratamiento dental que ha sido diagnosticado, que sea llevado a cabo, o recomendado.

He sido informado y entiendo que en veces hay complicaciones relacionadas con la anestesia. Estas incluyen pero no son limitadas a: dolor, sangramiento, entumecimiento, inflamacion, nausea, vomitos, dilacion en recuperacion, reaccion alergica, cambios de respiracion, presion y latido del corazon. Tambien comprendo y acepto que existe la posibilidad(extrema) que puede ocurrir alguna complicacion o riesgo de vida o muerte que pueda requerir hospitalizacion. Los efectos secundarios mas frecuente son mareos, nausea, adormecimiento, vomitos, o flebitis.

Tambien me han informado que varios pacientes permanecen adormecidos despues del tratamiento por el dia restante. Como los anesteticos y otros medicamentos pueden causar adormecimiento y falta de coordinacion, me han informado que es necesario que supervise directamente a mi hijo(a) por 24 horas despues del tratamiento.

Yo reconozco que hay indicaciones previas de ayunar y confirmo que han sido obedecidas. Confirmo que el paciente no ha ingerido alimentos por 8 horas antes del dia de la cita. La unica exepcion a las indicaciones son liquidos sin pulpa que pueden ser ingeridos 2 horas antes de la cita.

He sido informado en su totalidad y comprendo las alternativas a sedacion intravenosa y anestesia general. Acepto los posibles riesgos y consecuencias. Reconozco que he recibido indicaciones previas y que comprendo las instrucciones antes y despues del tratamiento. Se me ha explicado y acepto que no hay garantia de los resultados y/o remedio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas en referencia a la anestesia de mi hijo/a y esoy satisfecho con la informacion que me han dado.

La administración y supervisión de la anestesia general pueden variar dependiendo del tipo de procedimiento, el tipo de profesional, la edad y salud del paciente y el entorno en que se suministra la anestesia. Los riesgos varían con cada situación concreta. Le animamos a explorar todas las opciones disponibles para la anestesia de su hijo/hija para su tratamiento dental, consulte con su dentista o pediatra si es necesario.

Doy consentimiento para la administracion de anestesia durante el tratamiento dental de mi hijo/a.

Nombre del padre/madre en letra de molde

Testigo

Firma del padre/madre

Fecha

Relacion al paciente