



Historia Medica

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Tiene o ha tenido usted alguno de los siguientes?

SIDA/VIH	si/no	Diabetes	si/no	Tratamiento de radiación	si/no
Anemia	si/no	Enfisema	si/no	Enfermedad respiratoria	si/no
Artritis	si/no	Epilepsia	si/no	Fiebre reumática	si/no
Válvulas cardiacas		Desmayos o Mareas	si/no	Fiebre escarlatina	si/no
Artificiales	si/no	Glaucoma	si/no	Falta de respiración	si/no
Coyunturas artificiales	si/no	Dolores de Cabeza	si/no	Problema de sinusitis	si/no
Asma	si/no	Soplo en el corazón	si/no	Erupción cutánea	si/no
Problemas lumbares	si/no	Problemas corazón	si/no	Dieta especial	si/no
Sangrado anormal		Hepatitis, Tipo ____	si/no	Ataque del corazón	si/no
Durante la extracción	si/no	Herpes	si/no	Hinchazón de pies o tobillos	si/no
Enfermedad sanguínea	si/no	Hipertensión	si/no	Hinchazón de glándula	
Cancer	si/no	Dolor Mandibular	si/no	En cuello	si/no
Adicción a las drogas	si/no	Enfermedad Renal	si/no	Problemas de tiroides	si/no
Quimioterapia	si/no	Enfermedad Hepática	si/no	problemas con las amígdalas	si/no
El colesterol alto	si/no	Presión arterial baja	si/no	La atención psiquiátrica	si/no
Problemas circulatorios	si/no	Prolapso de			
Trastorno congénito		Válvula mitral	si/no	Marcapaso de corazón	si/no
Del corazón	si/no	Úlcera	si/no	Tos frecuente	si/no
Tuberculosis	si/no	Anafilaxia	si/no	Enfermedad venérea	si/no
Un derrame cerebral	si/no	Llagas en la boca	si/no	Atención psiquiátrica	si/no

Mujeres solo:

Esta usted Embarazada si/no Fecha de parto _____ Está dando pecho si/no
¿Está tomando anticonceptivos orales? Si/ no

Medicamentos está usted tomando: _____

¿Está tomando? Fosamax u otras bifosfonatos si/no Coumadin o diluyentes de la sangre: si/no
¿Ha tomado phen-fen o redux en el pasado? si/no

Alergias:

Si/no Aspirina	Si/no Látex	Otros _____
Si/no Barbitúricos (Píldoras para dormir)	Si/no Anestésico local	_____
Si/no Codeína	Si/no Penicilina	_____
Si/no Iodina	Si/no Sulfatos	_____

Asignación E Información:

Paciente o padre / madre del niño (Indicar) _____ Relación con el paciente _____
Paciente o padre / madre del niño (firma) _____ Fecha ____/____/____

Para Uso De Oficina:

Reviewed By Dr. _____ Date ____/____/____ Witness _____



Consentimiento del Paciente Para Tratamiento

Drogas, Medicamentos, y Anestesia:

- Yo entiendo que los antibiomaticos, analgesicos, y otros medicamentos pueden causar hinchason, dolor, comezon, vomito, y severa reaccion alergica.
- Yo entiendo que ocasionalmente, al inyectarme la anesthesia local, puedo tener anesthesia persistente y prolongada, al igual que irritacion en la area de injeccion.

Tratamiento del Nervio:

Yo entiendo que despues del tratamiento el diente estara sensitive y tiene que ser protegido contra fracturas con una corona sobre el diente.

Yo entiendo que los riesgos del tratamiento incluyen, pero no son limitados a los siguientes:

- Molestia que dura algunas horas o dias despues del tratamiento para cual recibire una receta por el doctor/a si es necesario
- Hinchason de las ancias alrededor del diente que recivio tratamiento o hinchason de la cara que puede durar algunos dias
- Infeccion
- Quebradura de algun instrument dental durante el tratamiento, que pueden ser dejados en el canal del diente o hueso como parte del relleno, si el doctor/a lo decide, o puede requerir cirujia para remover el instrument quebrado
- Perforacion del canal con los instrumentos, y puede requerir cirujia o puede resultar en perdida del diente
- Riesgo de perder el sentido temporalmente o permanentemente en la area que fue tratada

Si algun tratamiento de pulpotomia es necesario, yo entiendo que est no es tratamiento permanente, y que necesito completar el tratamiento del nervio. Si el tratamiento del nervio no es terminado, me expongo a infeccion y/o a la perdida del diente.

Yo entiendo que algunas veces es necesario una cirujia (Apicoectomy and Retrograde Filling) despues del tratamiento del nervio.

Yo entiendo que no me han dado ninguna garantia de que el tratamiento que yo authorize sea curative a mi satisfaccion complete. Yo estoy de acuerdo en coperar con las recomendaciones del doctor/a mientras estoy bajo su cuidado, y comprendo que si no lo hago, los resultados pueden ser menos optimos.

Yo certifico que he tenido la oportunidad de leer y comprender los terminus y palabras que he leído, y doy consentimiento a la operacion y explicacion que fui dada.

Acuerdo del Pago:

La terapia del canal de la raiz implica el retiro del tejido fino del nervio del diente asi como la eliminacion de la estructura enferma decaida del diente. Durante procedimiento de hoy en el diente #___, si el decaimiento se encuentra para haber destruido una porcion grande de la estructura del diente sobre la linea de la encia o es una condicion preexistente dentro del diente se descubre (por ejemplo: raices fracturadas, bloqueadas o perforadas) cual comprometeria seriamente el pronostico del diente (por ejemplo: el diente seria un candidate pobre papra apoyar una corona o un Puente), despues la extraccion del diente de su dentist general sera recomendada. Ademas, usted sera completamente responsable del honorario endodontic imcompleto de la terapia de \$300. Leyendo y firmado el consentimiento, entiendo y reconozco en caso de que mi diente no se pueda salvar por cualesquiera de las razones antedichas, yo sere completamente responsable del honorario endodontic incompleto de la terapia de \$300 que no sea cubierto por el seguro.

Firma (paciente o representante legal) _____ Relacion al paciente _____ Fecha ___/___/___

Doctor/a: _____ Fecha: ___/___/___ Testigo: _____