

Fecha: ___/___/___

ADMISIÓN DE PACIENTES

Nombre y Apellido:

Domicilio: _____ TEL. _____

Para ser completadas por el paciente:

- 1) Edad: años Fecha de Nacimiento:/...../.....
- 2) Sexo: a- F b- M
- 3) Dónde vive: a- Cap. Fed. b- Pcia. Bs.As. c- Otra
- 4) Ocupación: a- Estudiante b- Autónomo c- Empleado d- Otra
- 5) Aceptación del tratamiento: a- Sí b- No
- 6) Sugerido por: a- padres b- profesional c- laboral d- otros e- voluntad propia
- 7) Motivo de la consulta:.....
- 8) ¿Recibió tratamiento ortodóncico u ortopédico maxilar anteriormente? a- Sí b- No
- 9) ¿Recibe tratamiento médico actualmente? a- Sí b- No
- 10) ¿Padece actualmente alguna enfermedad? a- Sí b- No
 Cuál?.....
- 11) Recibe o recibió tratamiento médico- psiquiátrico? a- Sí b- No
- 12) Recibe o recibió tratamiento psicológico? a- Sí b- No
- 13) Intervenciones quirúrgicas a- Amígdalas b- Adenoides c- Otras
- 14) Problemas de hemorragias a- Sí b- No
- 15) Alergias a- Sí b- No
 A qué?.....
- 16) Está embarazada actualmente? a- Sí b- No
- 17) Recibe medicación actualmente? a- Sí b- No
 Cuál?.....
- 18) Vacunas recibidas:

Manifiesto en carácter de declaración jurada, que los datos informados son veraces, responsabilizándome por cualquier falsedad u omisión.

.....
Firma de padre, madre o tutor (Menor de edad)

.....
Firma del Paciente (Mayor de edad)

Aclaración

Aclaración.....

Tipo de Doc.Nº.....

Tipo de Doc.Nº.....

Fecha: / /

Para ser completadas por el profesional:

- 19) Dentición: a- Temporaria b- Mixta c- Permanente joven d- Permanente adulta
Plano postlacteó a- recto b- escalón mesial c- escalón distal
- 19) Mordida anterior : a- Normal b- Abierta c- Borde a borde d- Cubierta e- Invertida
- 20) Mordida invertida posterior: a- No b- Derecha c- Izquierda d- Derecha e Izquierda
- 21) Clase molar: a- I b- II c- III d- No puede establecerse
- 22) Clase canina: a- I b- II c- III d- No puede establecerse
- 23) Overjet: a- Normal b- Aumentado c- Invertido d- Sin
- 24) Latero desviación de mentón: a- No b- Sí
Lado a- Derecho b- Izquierdo
- 25) Estrechez: a- No b- Superior c- Inferior d- Superior e Inferior
- 26) Apiñamientos: a- No b- Superior c- Inferior d- Superior e Inferior
- 27) Diastemas: a- No b- Superior c- Inferior d- Superior e Inferior
- 28) Ausencia de piezas dentarias: a- Sí b- No
- 29) Caries: a- Sí b- No
- 30) Problemas funcionales: a- Sí b- No
- 31) Problemas periodontales: a- Sí b- No
- 32) Problemas en relación ATM: a- Sí b- No
- 33) Necesidad de rehabilitación protésica: a- Sí b- No
- 34) Posibilidad de cirugía: a- Sí b- No
- 35) Higiene bucal: a- Buena b- Regular c- Mala

Observaciones: _____

.....
Firma del Profesional

.....
Aclaración

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha.....

Quien suscribe, con documento

Tipo N°y con domicilio en

..... en su carácter de PACIENTE /PADRE /MADRE o TUTOR, autoriza al Dr. a efectuar el tratamiento de: ortodoncia / ortopedia ,

Autoriza también a realizar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que el profesional estime necesario.

Hace constar que: a) se le informó acerca del tratamiento, habiéndosele explicado los objetivos perseguidos (sin prometerse un resultado), los beneficios esperados, riesgos, molestias y efectos previsibles adversos, y las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos y pudo aclarar todas sus dudas al respecto.

b) que ha comprendido el sentido de todo lo informado, c) que especialmente se le explicó e informó sobre:.....

1-El grado de riesgo que el tratamiento presenta en relación al momento y estado físico hallado.

2- Que no se pueden asegurar resultados.

3- Que la evolución y pronóstico dependen, entre otras cosas, del organismo del paciente y su reacción frente al tratamiento.

4- Que puede ser necesaria una repetición del tratamiento para mejorar la evolución del mismo.

5- Los diferentes factores coadyuvantes que pueden incidir en el tratamiento y que se toma conocimiento de ellos.

6- Quien suscribe toma conocimiento de que en raras ocasiones durante el tratamiento de ortodoncia puede registrarse remodelación o reabsorción de las raíces de las piezas dentarias. Ha comprendido que esta circunstancia es de incidencia muy baja y se debe a causas múltiples y que, de ocurrir, puede derivar en movilidad o riesgo de pérdida de alguna de estas piezas.

Hace constar que acepta cumplir las indicaciones del odontólogo y efectuar los cuidados necesarios que se estipulen. Acepta también las normas de la Institución, que se refiere a la iniciación y desarrollo del tratamiento, y al cumplimiento de las obligaciones a cargo del paciente.

Por la presente, da su permiso para el uso de registros de ortodoncia, que incluyen fotografías, radiografías, estudios cefalométricos, modelos, etc. tomados en el proceso de exámenes, tratamiento y retención para el propósito de consultas profesionales, investigación, educación o publicación en revistas científicas.

Declara que se le informó que en caso de publicación la identidad del paciente se mantendrá en forma confidencial. Sin perjuicio de lo expresado precedentemente, en la medida en que el estudio exceda la mera utilización de los registros antedichos, le será informado si como paciente resultase convocado a participar en estudios de diagnóstico e investigación específicos u otros, y que en tal caso, podrá o no, prestar su consentimiento al efecto para cada caso particular

OBSERVACIONES E INDICACIONES ESPECIALES:

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

BENEFICIOS ESPERADOS, RIESGOS, MOLESTIAS Y EFECTOS PREVISIBLES Y TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS Y SUS RIESGOS:-----:

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

Manifiesta expresamente que ha leído y comprendido el texto precedente y se compromete a su cumplimiento en lo pertinente, no teniendo duda de lo expresado en el presente ya que le fue explicado en términos sencillos, accesibles y mostrado gráficamente. Ha podido preguntar y le han respondido sobre todas sus dudas.-

En consecuencia, el suscripto acepta la realización del tratamiento de Ortodoncia y asume los riesgos que implica. También la necesidad de extraer dientes definitivos para lograr la corrección del problema, si el odontólogo lo indicare. Se compromete a cumplir con las indicaciones, Heacomprendido que es posible que existan otros problemas que ocurren con menor frecuencia que los que se mencionan en este formulario y que el estado final de mi boca sea diferente al previsto en función de ellos.-----

.....
Firma de padre, madre o tutor (Menor de edad)

.....
Firma del Paciente (Mayor de 16 años)

.....
Aclaración

.....
Aclaración

Tipo de Doc.Nº.....

Tipo de Doc.Nº.....

Mendoza, de de