



Clínica de Ortodoncia y Dental Ángeles
Av. Madero # 1390-6 entre Calles E y F
Colonia Nueva, Mexicali, Baja California

Fecha: _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre completo: _____

Edad: _____ Género: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado (provincia) y/o municipio: _____

Ocupación: _____ Número de teléfono móvil: _____

E-mail: _____

Motivo de la consulta: _____

En caso de emergencia llamar a : _____

Fecha de su última visita al dentista: _____

En el siguiente listado por favor marque SI o NO ha padecido o padece alguna de las siguientes enfermedades:

Epilepsia o Convulsiones NO ☐ SI ☐

Infarto al miocardio NO ☐ SI ☐

Híper o Hipotiroidismo NO ☐ SI ☐

Hipertensión Arterial NO ☐ SI ☐

Insuficiencia renal NO ☐ SI ☐

Enfermedades venéreas NO ☐ SI ☐

Gastritis NO ☐ SI ☐

Embarazo NO ☐ SI ☐

Alergias NO ☐ SI ☐

Anemia NO ☐ SI ☐

Hepatitis NO ☐ SI ☐

Asma NO ☐ SI ☐

Diabetes NO ☐ SI ☐

Tuberculosis NO ☐ SI ☐

H.I.V. / SIDA NO ☐ SI ☐

Menopausia NO ☐ SI ☐

Cáncer NO ☐ SI ☐

Especifique: _____



Clínica de Ortodoncia y Dental Ángeles
Av. Madero # 1390-6 entre Calles E y F
Colonia Nueva, Mexicali, Baja California

¿Padece alguna enfermedad no mencionada aquí?
Especifique:

Si está siendo tratado por un médico, anote fecha de última cita: .

Motivo: _____

Actualmente toma algún medicamento: NO ☐ SI ☐

Si es afirmativo, responda:

Nombre del medicamento

Dosis:

Desde cuándo:

¿Cuántas veces se cepilla lo dientes por día? _____

Enjuague bucal: NO ☐ SI ☐

Frecuencia: _____

Hilo Dental: NO ☐ SI ☐

Frecuencia: _____

¿Fuma?: NO ☐ SI ☐

Frecuencia: _____

¿Consume bebidas alcohólicas?: NO ☐ SI ☐

Frecuencia: _____

¿Consume alguna droga?: NO ☐ SI ☐

Frecuencia y tipo: _____

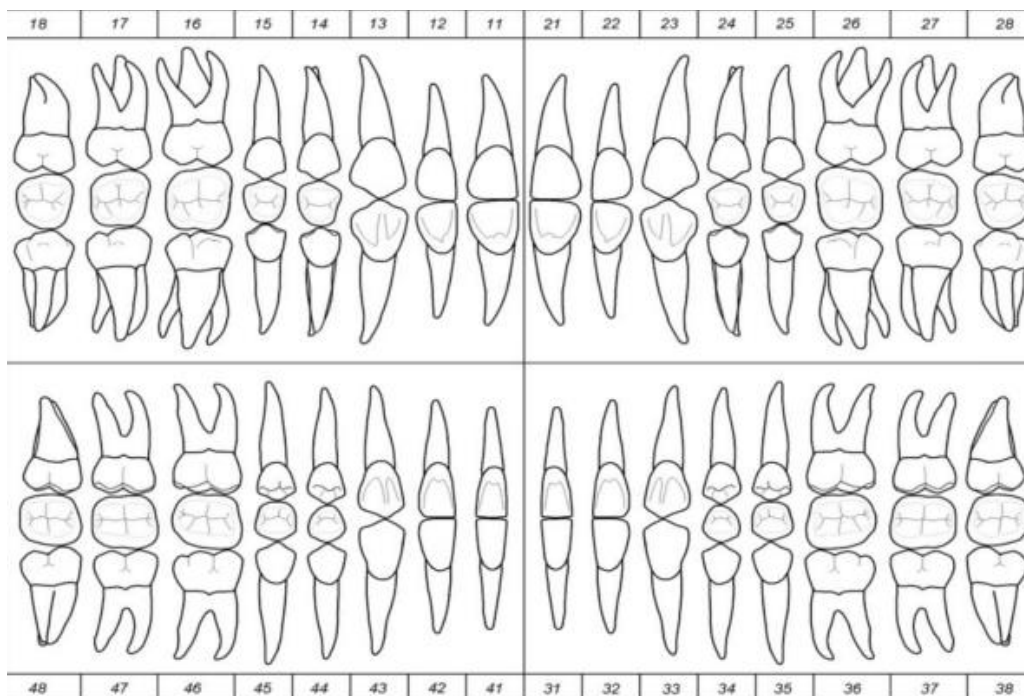
Al firmar este documento, declaro que he respondido a todas las preguntas que se me han hecho, sin omitir nada, sobre mis padecimientos, enfermedades, tratamientos y en general sobre mi salud (requerida o no por el odontólogo). En caso de que no haya algún padecimiento propio especificado dentro del interrogatorio lo haré saber al dentista de forma inmediata .

Nombre: _____

Firma : _____



Clínica de Ortodoncia y Dental Ángeles
 Av. Madero # 1390-6 entre Calles E y F
 Colonia Nueva, Mexicali, Baja California



DIENTE	DIAGNÓSTICO



Clínica de Ortodoncia y Dental Ángeles
Av. Madero # 1390-6 entre Calles E y F
Colonia Nueva, Mexicali, Baja California

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO

Yo _____,
otorgo por este medio mi consentimiento, y autorizo para que se lleven a cabo los tratamientos dentales descritos en el presupuesto (también firmado por mí) y plan de tratamiento.

Declaro que se me han explicado las diferentes opciones de tratamiento, los tiempos y cantidad de citas requeridas para cada uno así como sus costos.

Estoy enterado de las ventajas y desventajas de cada uno de ellos y de las consecuencias de no llevarlo a cabo. Tengo pleno conocimiento que durante el tratamiento se puede presentar dolor, inflamación y algunas otras molestias, lo cual es consecuencia del mismo tratamiento, y que de ser necesario se me prescribirá medicamento para aminorar dichas molestias.

Así mismo autorizo por este medio el cobro del presupuesto, y los honorarios de dichos servicios, así como las condiciones de pago que me han sido expuestas, expresando mi conformidad con este contrato celebrado de común acuerdo entre ambas partes.

He tenido la oportunidad de preguntar y recibir respuestas sobre todo lo anterior, por lo tanto libero de cualquier responsabilidad civil, penal o de cualquier índole a esta clínica por las acciones que se apliquen a este tratamiento.

Se me ha explicado que la falta de higiene, puede perjudicar mi salud bucal y que debo asistir a citas periódicas de revisión, control y limpieza cada 6 meses (o menos de ser necesario), para garantizar los trabajos aquí realizados.

La garantía de los trabajos solo será válida, si yo cumplo con lo anterior y sigo las indicaciones de los doctores.

Nombre y firma de paciente

Nombre y firma del dentista

Testigo

Testigo