

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