

DENTAL

- 1. Que medicinas esta tomando actualmente? Si No
Si es si, el nombre _____
- 2. A que medicinas es usted alergico? Si No
Si es si, el nombre _____
- 3. Tuvo alguna enfermedad durante los ultimos dos anos que requirio ver un doctor? Si No
Si es si, por que? _____
- 4. Ha estado usted en el hospital durante los ultimos dos anos? Si No
Si es si, porque? _____
- 5. Tiene usted o ha tenido historial de un soplo en el corazon o ha sido tratado por alguna otra condicion cardiaca? Si No
- 6. Se le hinchan los pies durante el dia? Si No
- 7. Tiene cancer? Desde cuando ? _____ Si No
- 8. Sangra usted con exceso? Si No
- 9. Ha tenido problemas con algun tratamiento dental? Si No

Que enfermedades o sintomas tien o ha tenido? Si los reconoce marquelos:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| Defectos de el corazon | Soplo cardiaco |
| Ataque de el corazon | Angina |
| Derrame cerebral | Presion alta |
| Fiebre reumatica | Marcapasos |
| Asthma o fatiga | Epilepsia o convulsiones |
| Anemia(problemas de sangre) | Diabetes |
| Problema de tiroides | SIDA o infeccion de HIV |
| Bronquitis cronica | Enfisema |
| Enfermedades venereas(gonorrea, sifilis) | Tuberculosis (TB) |
| Artritis | Tratamiento psiquiatrico |
| Valvulas de el corazon artificiales | Coyunturas artificiales |
| Hepatitis | Prolapso de la valvula Mitral (MVP) |

Tiene alguna otra enfermedad que no esta en la lista? Si No

Expique: _____

MUJERES SOLAMENTE: Esta usted embarazada o encinta? Si No

IMPRINT OF DETAINEE ID PLATE, COMPUTER LABEL OR COMPLETE BELOW:	
1. Name: (Last)	(First)
2. DOB:	3. A #
4. Nationality	5. Facility

DENTAL

Procedimiento: _____

Alternativa a la cirugia: Entiendo que si no me hacen este procedimiento se podria empeorar este problema. Posibles complicaciones incluyen:

1. Infeccion
2. Perdida de otros dientes
3. Dolor

Se me han explicado estas posibles complicaciones relacionadas con la cirugia:

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor 2. Alveolo seco 3. Infeccion 4. Perdida de sangre, cardenales 5. Hinchazon 6. Dano a otros dientes o a el empaste de otro diente 7. Perforacion de el seno maxilar | <ol style="list-style-type: none"> 8. Dano a un nervio 9. Fractura de hueso 10. Puede que se decida dejar un pedacito de la raiz del diente si se ve que el proceso de extraela requiere una cirugia mas complicada y podria resultar en otras dificultades. |
|---|---|

Se me ha ofrecido la oportunidad de hablar con el /la Doctor(a) _____ y de hacerle preguntas acerca de la cirugia; doy el permiso para que me la hagan.

Firma de el paciente	Fecha	Hora
Firma de el Dentista	Fecha	Hora
Firma de el testigo	Fecha	Hora

IMPRINT OF DETAINEE ID PLATE, COMPUTER LABEL OR COMPLETE BELOW:	
1. Name: _____ (Last)	_____ (First)
2. DOB: _____	3. A # _____
4. Nationality _____	5. Facility _____