Consulta / sello

Cuestionario médico y consentimiento odontológico

Datos del cliente

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

Teléfono

Fecha

HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE / CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Contraindicaciones relevantes: informa al facultativo antes del tratamiento

- Bifosfonatos (riesgo de osteonecrosis maxilar: ¡es OBLIGATORIO comunicarlo!)
- Marcapasos o válvulas protésicas
- Hemofilia y trastornos de la coagulación
- Embarazo (especialmente el primer y el tercer trimestre: anestesia con precaución)
- Alergia a la lidocaína o la articaína (anestésicos locales)
- Herpes activo en la cavidad oral o alrededor
- Tratamiento con anticoagulantes (ácido acetilsalicílico, Xarelto, warfarina, Eliquis)
- Infarto o ictus en los últimos 6 meses
- Enfermedades autoinmunitarias (artritis reumatoide, síndrome de Sjögren)

CUESTIONARIO DE SALUD — de cumplimentación obligatoria. Ocultar información puede poner en riesgo la salud y la vida del paciente.

¿Padece enfermedades cardíacas (infarto, hipertensión, valvulopatías, cardiopatía isquémica) o ha sufrido un infarto o un ictus en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Lleva marcapasos o válvulas protésicas? ☐ Sí ☐ No

¿Padece enfermedades hematológicas (anemia, hemofilia, trastornos de la coagulación)? ☐ Sí ☐ No

¿Padece diabetes, enfermedades tiroideas o asma bronquial? ☐ Sí ☐ No

¿Padece enfermedades infecciosas (hepatitis B o C, VIH, tuberculosis)? ☐ Sí ☐ No

¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, semana de gestación

Alergias a medicamentos, látex o metales (indíquelas o escriba NINGUNA)

¿Toma anticoagulantes (ácido acetilsalicílico, Xarelto, warfarina, Eliquis)? ☐ Sí ☐ No

☐ OSTEOPOROSIS / bifosfonatos: ocultarlo conlleva riesgo de osteonecrosis maxilar

¿Ha tenido alguna reacción alérgica a la anestesia local en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Relación de la medicación que toma de forma habitual

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO — Presto mi consentimiento informado para la exploración de la cavidad oral, la administración de anestesia local, la realización de pruebas radiológicas y la ejecución del plan de tratamiento odontológico propuesto. El facultativo me ha informado de forma completa del procedimiento previsto, de sus posibles complicaciones, de las alternativas de tratamiento y de los costes estimados. Toda la información sobre mi salud que he facilitado es veraz.

☐ *Consiento la realización de las radiografías indicadas. He sido informado/a del uso de radiación ionizante con fines diagnósticos, que conlleva un riesgo mínimo para la salud.*

☐ *Presto mi consentimiento informado para la realización del tratamiento odontológico y la administración de anestesia local (Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente)*

☐ *Confirmo que he leído la información anterior sobre el tratamiento de mis datos de salud con fines de diagnóstico y tratamiento sanitario*

Facilitar los datos de contacto es imprescindible para ejecutar el plan de tratamiento con normalidad. La clínica se reserva el derecho a ponerse en contacto con fines asistenciales y organizativos (art. 6.1.b y art. 9.2.h del RGPD).

☐ *Consiento recibir comunicaciones comerciales (boletín, campañas de prevención, promociones); es un consentimiento voluntario que puedo retirar en cualquier momento*

DECLARACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS — Confirmo que he sido informado/a de que el responsable del tratamiento de mis datos es _____, con domicilio en _____ y NIF _____. Mis datos de salud se tratan con fines de diagnóstico y tratamiento sanitario por un profesional sujeto al deber de secreto (art. 9.2.h del RGPD, en relación con el art. 9.2 de la Ley Orgánica 3/2018 y con la Ley 41/2002). La documentación clínica se conserva durante el plazo mínimo de cinco años desde el alta de cada proceso asistencial (art. 17.1 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente). Si la normativa de mi comunidad autónoma fija para los documentos de consentimiento informado un plazo superior o un cómputo distinto, se aplicará el plazo más largo de los que resulten exigibles. Me asisten los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como el derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). El derecho de supresión no alcanza a la documentación clínica que la Ley 41/2002 obliga a conservar.

Fecha

Firma del paciente (cuestionario de salud, consentimiento para el tratamiento y protección de datos)

Instrucciones tras una extracción o cirugía odontológica

> INSTRUCCIONES TRAS LA EXTRACCIÓN O CIRUGÍA — Lee y confirma cada punto. No seguirlas puede provocar una complicación que obligue a volver a la consulta.

1. GASA: Muérdela durante 30-40 minutos sin escupir. Un ligero rezumado durante unas horas es normal. Si el sangrado dura más de una hora, coloca una gasa nueva y contacta con la clínica.

- [ ] Entiendo cómo debo morder la gasa y sé cuándo contactar con la clínica

2. ALIMENTACIÓN: No comas ni bebas durante 2 horas (hasta que pase el efecto de la anestesia). Durante 24 horas: dieta fría y blanda (yogur, sopa). Evita las bebidas calientes.

- [ ] Me comprometo a no comer durante 2 horas y a seguir una dieta fría y blanda durante las 24 horas siguientes

3. PROHIBIDO DE FORMA ABSOLUTA durante 24-48 horas: fumar, beber con pajita, hacer ejercicio intenso y enjuagarse la boca. Cualquiera de estas acciones puede provocar una alveolitis seca, un cuadro extremadamente doloroso que obliga a una nueva intervención.

- [ ] Lo entiendo y me comprometo a evitar por completo fumar, beber con pajita y hacer ejercicio intenso durante un mínimo de 24 horas

4. HIGIENE: Cepíllate los dientes con normalidad evitando la zona intervenida. A partir del día siguiente: enjuagues suaves con agua salina después de comer. Evita los colutorios con alcohol.

- [ ] Entiendo cómo debo cepillarme los dientes y enjuagarme la boca tras la intervención

5. MEDICACIÓN: Toma los analgésicos o el antibiótico según la pauta del facultativo. Evita el ácido acetilsalicílico (aumenta el sangrado). Si el dolor aumenta a partir del tercer día, contacta de inmediato con la clínica.

- [ ] Tomaré la medicación según la pauta indicada y contactaré con la clínica si el dolor aumenta a partir del tercer día

Fecha

Firma del paciente (recepción de las instrucciones tras la extracción)