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 un mínimo de cinco años desde la fecha de alta de cada proceso asistencial; no obstante, las hojas de consentimiento informado se conservan, junto con los datos de identificación del paciente, durante un mínimo de cinco años contados desde el fallecimiento del paciente (art. 61 de la Ley Foral 17/2010). 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 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)