

NATLY IBARRA GONZÁLEZ  
FEMENINO  
38 AÑOS

23 DE OCTUBRE DE 2019

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. LIMPIEZA              | \$700                       |
| 2. GUARDAOCLUSAL         | \$700 C/U DIURNA Y NOCTURNA |
| 3. 12 CARIES = 8 RESINAS | \$800 c/u                   |
| 4. EXTRACCIÓN O.D. 18    | \$900                       |

\* O.D. 46 → URGENTE (CORRECCIÓN +350)

T. Linares

*Cuidamos de ti y tu familia*



**Dra. Lucía Arreola Rangel**  
Dirección General



23/07/2020

Nº de historia: 20200723\_133939  
Nombre: IBARRA MORENO REBECA Soko Femenino  
Fecha de nacimiento: 21-08-1999 Edad: 30Y



RÖNTGEN Centro Radiológico Dental

R

Fecha 23 Julio 20

**0919**

Nombre del paciente: Rebeca Janet Ibarra Moreno

Edad: 30 años Fecha de nacimiento: 21 Agosto 89 Estado civil: Soltera.

Dirección: Tomas Tapia #40 Barrio Abasolo

Ocupación: Docente Lugar de empleo: Silao, Gto.

Tel. part: 485 86 10037 Tel. celular: 4721404494 Tel. emergencia: 4851022074

Preguntar por: Laura Isela Ibarra

Mail: rbk\_ibarra@hotmail.com Facebook / Twitter: Rebeca Ibarra

Mencione algún pasatiempo: Leer.

\*Si el paciente es menor de 18 años, favor de anotar el nombre completo del padre o tutor:

\* ¿Cuál es el motivo de su consulta? (Especifique lo mas extenso posible)

Dolor en muelas

\* Por favor agregue información que hayamos omitido:

¿Tiene usted buena salud?

SI / NO

SI  NO

¿Se encuentra ahora bajo algún tratamiento médico? (Especifique)

SI  NO

¿Está usted embarazada o lactando? (Meses)

SI  NO

¿Ha tenido alguna enfermedad o cirugía seria? (Especifique)

SI  NO

¿Es usted alérgico o intolerante a algún medicamento, alimento o sustancia? (Especifique)

SI  NO

OBSERVACIONES:

¿Ha padecido o padece alguna de estas enfermedades?

SI / NO

- SI  NO Diabetes
- SI  NO Presión alta o baja
- SI  NO Hepatitis
- SI  NO Hemofilia
- SI  NO Fiebre reumática
- SI  NO Enfermedades del pulmón

SI / NO

- SI  NO Enfermedades de tiroides
- SI  NO Tuberculosis
- SI  NO Anemia
- SI  NO Epilepsia
- SI  NO Enfermedades óseas
- SI  NO Asma

SI / NO

- SI  NO Enfermedades del riñón
- SI  NO VIH (SIDA)
- SI  NO Enfermedades del hígado
- SI  NO Enfermedades venereas
- SI  NO Cancer
- SI  NO Radio o quimioterapia

OBSERVACIONES:

REBECA JANET IBARRA MORENO  
FEMENINO  
30 AÑOS

30 DE JULIO 2020

**PLAN DE TRATAMIENTO SIN EXTRACCIÓN DE PERMANENTES**

1. ADHESIÓN DE TUBOS Y BRACKETS SUPERIORES
2. CONSULTAS MENSUALES
3. TIEMPO APROXIMADO DE TRATAMIENTO: 1 AÑO

**COSTOS**

- Pago inicial: \$5000
- Mensualidades \$600

**NOTAS IMPORTANTES**

- Firma de consentimiento informado
- Kit de higiene especial (presentarlo el día de la adhesión de brackets para técnica de higiene) \$350
- Limpieza antes, durante y al finalizar el tratamiento, así como odontología operatoria
- Uso de retenedores indispensable al final del tratamiento (costo no incluido)
- BRACKET DESPEGADO: \$100 por limpieza y re adhesión
- Bracket perdido o desprendido en 3 ocasiones: = \$600 c/u Nuevo
- Permanencia voluntaria, firmando renuncia al tratamiento.

*Cuidamos de ti y tu familia*



 **Dra. Lucía Arreola Rangel**  
Dirección General



Florencia No. 845 Fracc. Providencia  
San Luis Potosí, México  
Tels. (444) 129 0881 / (444) 129 1035  
[www.medent.com.mx](http://www.medent.com.mx)

**ANESTESIA LOCAL**

Por medio de la presente hago constar que la Dra. Ana Karen Amador Tóez me ha explicado que el tratamiento odontológico que necesito implica la administración de ANESTESIA LOCAL. Al respecto entiendo que:

1. La anestesia local se utiliza en Odontología con la finalidad de procurar efectuar el tratamiento odontológico sin dolor.
2. La anestesia local se aplica mediante una inyección de sustancias, que bloquean de manera reversible los impulsos nerviosos de modo tal que se interrumpe transitoriamente la sensibilidad.
3. El efecto de la anestesia local me producirá una sensación extraña en la región anestesiada, que normalmente desaparecerá espontáneamente en dos o tres horas.
4. La administración de la anestesia local puede provocar en algunos casos: úlceras en la mucosa, dolor, hematoma y, en algunas ocasiones limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior. Del mismo modo, puede ocasionar una baja de presión y sensación de mareo.
5. Entiendo que algunos pacientes pueden presentar algún tipo de reacción alérgica o hipersensibilidad a la anestesia local, que se manifiesta como urticaria, dermatitis de contacto, asma y edema angioneurótico, que en casos extremos pueden requerir tratamiento de emergencia. Sin embargo, según se me ha explicado, en base a mis antecedentes personales no es de esperar para mi caso este tipo de reacciones desfavorables.
6. Todo acto quirúrgico puede ocasionar potencialmente distintas complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, sobre todo en personas con alguna condición o enfermedad sistémica como las siguientes: diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad.
7. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.
8. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento, y en tales condiciones.

**CONSIENTO QUE SE ME APLIQUE LA ANESTESIA PERTINENTE PARA CADA TRATAMIENTO QUE SE ME REALICE BAJO MI CONSENTIMIENTO.**

Nombre Francisco Javier Benitez Gonzalez  
Firma [Firma]  
Fecha 10/01/2020

FRANCISCO JAVIER IBARRA GONZALEZ

MASCULINO

31 AÑOS

- |                           |             |
|---------------------------|-------------|
| 1. EXTRACCION SIMPLE      | \$900       |
| 2. 15 CARIES = 14 RESINAS | \$800 C / U |
| 3. GUARDA OCLUSAL         | \$700       |

SE RECOMIENDA INTERCONSULTA PARA VALORACION DE ORTODONCIA CON LA DRA LUCIA ARREOLA.

Fco. Javier Ibarra Gonzalez



**0829**

Nombre del paciente: Francisco Javier Ibarra Gonzalez

Edad: 31 Fecha de nacimiento: 28 enero 1988 Estado civil: soltero

Dirección: C. 71 #394 COL.C.D. 2000

Ocupación: Comerciante Lugar de empleo: En el mismo domicilio

Tel. part: \_\_\_\_\_ Tel. celular: 4443741648 Tel. emergencia: 4444.27.20.06

Preguntar por: Mayra Jhant Sanchez Herrera

Mail: \_\_\_\_\_ Facebook / Twitter: \_\_\_\_\_

Mencione algún pasatiempo: Boxeo y Gimnasio

\*Si el paciente es menor de 18 años, favor de anotar el nombre completo del padre o tutor:

\*¿Cuál es el motivo de su consulta? (Especifique lo mas extenso posible) muela picada y valoración de la dentadura

\* Por favor agregue información que hayamos omitido:

- |   |  |
|---|--|
| ¿Tiene usted buena salud?   | SI / NO  |
| <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                        |  |
| ¿Se encuentra ahora bajo algún tratamiento médico? (Especifique)                          | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| ¿Está usted embarazada o lactando? (Meses)  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad o cirugía seria? (Especifique)                               | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| ¿Es usted alérgico o intolerante a algún medicamento, alimento o sustancia? (Especifique) | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |

OBSERVACIONES:

- ¿Ha padecido o padece alguna de estas enfermedades?
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <b>SI / NO</b>   | <b>SI / NO</b>   | <b>SI / NO</b>   |
| <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades de tiroides                  | <input type="checkbox"/> Enfermedades del riñón                    |
| <input type="checkbox"/> Presión alta o baja                       | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                              | <input type="checkbox"/> VIH (SIDA)                                |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                                 | <input type="checkbox"/> Anemia                                    | <input type="checkbox"/> Enfermedades del hígado                   |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia                                 | <input type="checkbox"/> Epilepsia                                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas                     |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                          | <input type="checkbox"/> Enfermedades óseas                        | <input type="checkbox"/> Cancer                                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del pulmón                   | <input type="checkbox"/> Asma                                      | <input type="checkbox"/> Radio o quimioterapia                     |

OBSERVACIONES:



Fecha 23-10-2019

**0782**

Nombre del paciente: Hidalgo Yaniré Ivanna González

Edad: 38 Fecha de nacimiento: 12/NOV/81 Estado civil: Casada

Dirección: Rusia 225 Col. Las Mercedes

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Tel. part: 8167337 Tel. celular: 42365218 Tel. emergencia: \_\_\_\_\_

Preguntar por: \_\_\_\_\_

Mail: noty-no@hotmail.com Facebook / Twitter: \_\_\_\_\_

Mencione algún pasatiempo: \_\_\_\_\_

\* Si el paciente es menor de 18 años, favor de anotar el nombre completo del padre o tutor: \_\_\_\_\_

\* ¿Cuál es el motivo de su consulta? (Especifique lo más extenso posible)

Mejorar la salud de mis dientes.

\* Por favor agregue información que hayamos omitido: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted buena salud?	SI / NO
¿Se encuentra ahora bajo algún tratamiento médico? (Especifique)	<input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/>
¿Está usted embarazada o lactando? (Meses)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
¿Ha tenido alguna enfermedad o cirugía seria? (Especifique)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>
¿Es usted alérgico o intolerante a algún medicamento, alimento o sustancia? (Especifique)	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

¿Ha padecido o padece alguna de estas enfermedades?

SI / NO	SI / NO	SI / NO
<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Enfermedades de tiroides	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Enfermedades del riñón
<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Presión alta o baja	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Tuberculosis	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> VIH (SIDA)
<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Anemia	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Enfermedades del hígado
<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Hemofilia	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Epilepsia	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Enfermedades venereas
<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Fiebre reumática	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Enfermedades óseas	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Cancer
<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Enfermedades del pulmón	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> Radio o quimioterapia

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_