

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: Tómas 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

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: 4443741848 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 | <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Se encuentra ahora bajo algún tratamiento médico? (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> ¿Está usted embarazada o lactando? (Meses) _____ | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido alguna enfermedad o cirugía seria? (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |
| ¿Es usted alérgico o intolerante a algún medicamento, alimento o sustancia? (Especifique) _____ | <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> |

OBSERVACIONES:

¿Ha padecido o padece alguna de estas enfermedades?

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

OBSERVACIONES:



NOMBRE DEL PACIENTE:	Nataly Burrera
DOCTOR:	Lucy Acedera

FECHA	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	COSTO	A CUENTA	SALDO	CONSENTIMIENTO
23/10/19	PC -> ENTREGA DE GUARDIAS Y PROFILAXIS	MAP Y GUARDIA QUEMA Y NOCTURNA. Dx.	₺ 1400	₺ 1400	=	<input checked="" type="checkbox"/>
11-11-19	PC -> ajuste de oclusiones	PROFAXIS, TARETA DE GUARDIAS	₺ 700	₺ 700	=	<input checked="" type="checkbox"/>
25-11-19	PC -> 11 y 2 GUARDIAS	Reajuste de MAP MUL AMPICILINA Y CLINDAMICINA	₺ 800	₺ 800	=	<input checked="" type="checkbox"/>

Dr. Fernando Montalvo

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: _____