



VISTO:

Que la comisión ad-hoc para la elaboración de una propuesta de historia clínica única y de consentimiento informado eleva un modelo agregado al cuerpo de expedientes encabezado por el 33452/2009; y

CONSIDERANDO:

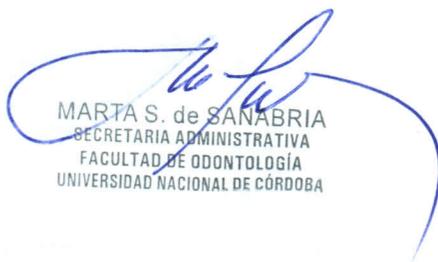
Que cuenta con despacho favorable de las comisiones de Enseñanza y de Vigilancia y Reglamento,

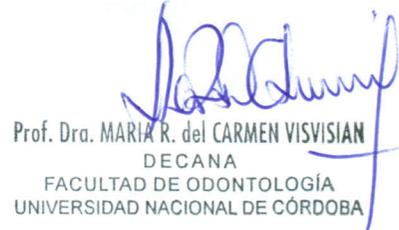
EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
RESUELVE

ARTÍCULO 1º: Aprobar el modelo de historia clínica única, elaborado por la comisión ad-hoc a la que este Consejo encomendara la tarea, el cual obra como anexo de la presente.

ARTÍCULO 2º: Tómese nota, comuníquese y archívese.

DADA EN LA SALA DE SESIONES A NUEVE DÍAS DEL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.


MARTA S. de SANABRIA
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA


Prof. Dra. MARÍA R. del CARMEN VISVISIAN
DECANA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

RESOLUCIÓN N°:196
CF



UNC

Universidad Nacional de Córdoba

ANEXO : Res. 196/10 HCD

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



- ¿Es hipertenso? Si No
- Toma medicación? Si No
- ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- Dosis diaria
- Le tomaron la P.S.A. Si No
- ¿Recuerda sus valores? Mx..... Mn.....
- Fecha Mx..... Mn.....
- ¿Durante el día se le hinchan los pies? Si No

- ¿Padece o padeció fiebre reumática? Si No
- ¿Recibió tratamiento? Si No ¿Cuál?
- ¿Desde cuándo?

- ¿Tiene problemas en los riñones? Si No
- ¿Cuáles? ¿Desde cuándo?
- ¿Cuándo se levanta tiene la cara hinchada? Si No
- ¿Toma algún medicamento? Si No
- ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- ¿Se dializa? Si No ¿Desde cuándo?

- ¿Se resista con facilidad? Si No
- ¿Tos? Si No Se acompaña con secreción? Si No
- Tipo de secreción:

- ¿Es asmático? Si No
- ¿Requirió internación? Si No

- ¿Es alérgico? Si No
- Anestésicos Antibióticos A.I.N.E.S:
- Yodo Otros:

- ¿Fue intervenido quirúrgicamente? Si No
- ¿De qué?
- ¿Con qué tipo de anestesia?
- ¿Cuándo?

- ¿Tuvo hepatitis? Si No
- ¿Le dijeron que tipo? ¿Cuánto tiempo hace?
- ¿Se hace controles?
- ¿Tiene problemas al tragar? Si No
- ¿Tiene dolores de estómago? Si No

- ¿Antes o después de comer?
- ¿Tiene úlceras digestivas? Si No
- ¿Tiene problemas hepáticos? Si No

- ¿Le duelen las articulaciones? Si No
- ¿Cuáles? Pequeñas articulaciones Grandes articulaciones
- ¿Toma algún medicamento? Si No
- ¿Cuál? ¿Desde cuándo?

- ¿Tiene dificultad o presenta dolor al abrir la boca? Si No
- ¿Qué?

- ¿Tuvo convulsiones? Si No ¿Desde cuándo?
- ¿Causa probable? Medicación?

- ¿Ha presentado o presenta pérdida de su sensibilidad o movimientos en alguna parte del cuerpo? Si No ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- Tratamiento:

- ¿Padece Epilepsia? Si No
- Tratamiento:
- ¿Padece Esclerosis en placa? Si No
- Tratamiento:
- ¿Es muy nervioso? Si No
- ¿Toma sedantes o tranquilizantes? Si No
- ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- ¿En qué horarios?
- ¿Toma medicamentos para dormir? Si No
- ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- ¿Quién lo recetó?

- ¿Tiene problemas de piel / o mucosas? Si No
- ¿Cuáles? ¿Desde cuándo?

- ¿Se le han efectuado transfusiones sanguíneas? Si No
- ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Dónde?
- ¿Está anticoagulado? Si No ¿Desde cuándo?
- Medicación:

- ¿Ha padecido o padece cáncer? Si No
- ¿De qué? Tratamiento:
- Radioterapia Quimioterapia Quirúrgico

- ¿Padece o padeció enfermedades de la sangre? Si No
- ¿Cuál? ¿Desde cuándo?
- Tratamiento:
- ¿Tiene pareja estable? Si No
- ¿Ha tenido alguna enfermedad en su aparato genital que haya requerido atención médica? Si No
- ¿Cuál?
- ¿Cuándo?
- Tratamiento:

• Para ser contestado por mujeres:

- Controles ginecológicos Si No
- Medidas anticonceptivas Si No
- ¿Cuáles? ¿Desde cuándo?
- Ciclos menstruales Si No
- ¿Está embarazada? Si No ¿Cuántos meses?
- Controles periódicos Si No
- ¿Problemas durante el embarazo? Si No ¿Cuál?
- Tratamiento:
- Amamanta: Si No
- Menopausia Si No
- Tratamiento:

- ¿Es diabético? Si No ¿Desde cuándo?
- ¿Conoce su tipo de diabetes? Si No
- ¿Se coloca insulina? Si No Dosis diaria
- ¿Toma Hipoglucemiantes orales? Si No ¿Cuál?
- Dosis?
- ¿Cómo se cuida y controla?
- Fecha del último análisis: ¿Cuál? Valores:
- ¿Tiene familiares con diabetes? Si No

- ¿Es transplantado? Si No ¿De qué?
- ¿Toma medicamentos? Si No ¿Cuáles? Dosis:

- ¿Consumo bebidas alcohólicas habitualmente? Si No
- Cantidad diaria:

- ¿Fuma actualmente? Si No
- Cantidad diaria: