

Gestión Documental

2011

Gestión Documental

A continuación se explica el conjunto de normas técnicas y prácticas para administrar el flujo de los documentos en las clínicas dentales, para permitir la recuperación de información desde ellos, determinar el tiempo en que los documentos deben guardarse, eliminar los que ya no sirven y lo más importante de todo,

ASEGURAR LA CONSERVACIÓN INDEFINIDA DE LOS DOCUMENTOS MÁS IMPORTANTES.



Antecedentes Médicos, este documento se entregará al paciente mientras está en la sala de espera y será cubierto y firmado por el mismo, siempre y cuando sus capacidades lo permitan. Este es un documento muy importante y con el podemos saber el estado de salud en el que se encuentra el paciente y la medicación que toma, por lo que no debe ser tirado en ninguna ocasión y actualizado en cada ocasión que el paciente acuda a realizarse un.

El **original** del consentimiento se archivará en un **AZ**, ordenado por le nº de ficha, que se escribirá a lápiz en la parte superior derecha de el mismo. Una **copia** del documento se meterá **dentro de la Ficha médica**.

Höllénback Centros Dentales

ANTECEDENTES MÉDICOS

FECHA

Datos del Paciente

Nombre: _____ Apellido: _____
 Dirección: _____
 C.P.: _____ Teléfono: _____
 C.E.M.: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____
 Ocupación actual: _____

Preguntas médicas

¿Ha tenido alguna enfermedad? SI NO
 En caso afirmativo, indique cuál: _____

¿Ha estado hospitalizado o sometido a cirugía en alguna ocasión? SI NO
 En caso afirmativo, indique el motivo: _____

¿Ha ingerido o alguna sustancia o medicamento? SI NO
 En caso afirmativo, indique la sustancia o medicamento: _____

¿Ha padecido alguna vez un accidente? SI NO
 ¿Ha tenido algún problema con la conducción de su dentadura? SI NO

¿Ha tenido alguna hemorragia sencilla o sangra, intervenciones dentales

¿Es diabético? SI NO

¿Padece o ha padecido alguna de estas enfermedades?

Alteraciones cardíacas SI NO
 En caso afirmativo indique cuál: _____

Substancias de síntesis corticoide SI NO
 Anestesia general SI NO
 Fiebre reumática SI NO
 Hipertensión arterial SI NO
 Insuficiencia renal SI NO
 Alteraciones de la visión SI NO
 Enfermedades del oído SI NO
 Enfermedades de la faringe SI NO
 Infección SI NO
 Virus VIH SI NO
 Alteraciones respiratorias SI NO
 Epilepsia SI NO
 Enfermedades reumáticas SI NO
 Alteraciones sanguíneas SI NO

¿Fumador? SI NO
 En caso afirmativo indique el consumo diario: _____

¿Toma anticonceptivos? SI NO
 En caso afirmativo de cuáles se trata: _____

CLAVILLA DE COMPRENSIÓN

En virtud de lo expuesto en la Ley Orgánica 15/1989, del 7 de enero se declara la protección de datos de carácter personal. Los datos personales que aparecen en este formulario serán tratados por el Centro Dental Höllenback, para el desarrollo de sus actividades profesionales, así como para el cumplimiento de sus obligaciones legales. Los datos personales que aparecen en este formulario serán tratados por el Centro Dental Höllenback, para el cumplimiento de sus obligaciones legales. Los datos personales que aparecen en este formulario serán tratados por el Centro Dental Höllenback, para el cumplimiento de sus obligaciones legales.

Firma del paciente
