

Odontología CIPO

Avda. La Dehesa 1880
Lo Barnechea, Santiago.

Ficha Clínica de Autollenado

A continuación usted encontrará una serie de preguntas relacionadas a su salud. Es sumamente importante que las responda a conciencia en forma honesta y fiel ya que éstas podrían ser trascendentales al planear y ejecutar su tratamiento. Esta información nos ayudará a tomar todas las precauciones y resguardos necesarios para su salud, además de contribuir a brindarle un apropiado cuidado dental. Las preguntas con asterisco (*) son complementarias y por lo tanto son de respuesta voluntaria.

En caso de no tener seguridad respecto a alguna pregunta planteada, o bien no entender su significado o importancia, o cómo ésta se relaciona con su estado de salud, le rogamos conversarlo con el doctor.

I- Datos personales:

- Apellidos: _____
- Nombres: _____
- Fecha de nacimiento: ___/___/___ RUT: _____
- Dirección: _____ Comuna: _____
- Teléfono casa: _____ Teléfono trabajo: _____
- Teléfono celular: _____ * e-mail: _____ @ _____
- * Ocupación: _____ * Compañía en que trabaja: _____
- * Estado civil: _____

II- Datos Médicos de importancia

- ¿ Fuma ? _____ ¿ Cuanto por día ? _____
- ¿ Ha sido operado ? _____ ¿ De qué ?

_____ en el año _____
_____ en el año _____
_____ en el año _____
_____ en el año _____

- ¿Qué afección o enfermedad padece actualmente o ha padecido en el pasado ?

(Favor especificar fecha de ocurrencia y comentarios)

A modo de ayudarlo a recordar mencionamos la Epilepsia, Insuficiencia hepática, Osteoporosis, Insuficiencia renal, Afección cardiovascular, Artritis reumatoídea, Hipertensión arterial, Cáncer, Taquicardia, Depresión, Drogadicción, Alcoholismo, Hemofilia, Alteración neurológica, Asma bronquial, Hepatitis, Tuberculosis, VIH/SIDA, Trastornos de la coagulación, Alergias a algún cosmético, picadura de insecto, anestésico, polen, metal, polvo, goma u otros.

- En caso de alguna enfermedad, puede brindarnos el nombre de su médico tratante, su especialidad y dónde poder ubicarle ? *(el objetivo de esto es poder obtener datos más específicos de su patología en caso de ser necesario).*
-

- ¿ Cuándo fue la última vez que usted controló su presión arterial ? _____
¿Cuánto tenía ? _____

- ¿ Sangra usted fácilmente ? _____

- ¿ Esta usted en tratamiento médico de alguna especie ? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____

- ¿ Hay algún medicamento (fármaco, droga, vitamina o similares como aspirina) que esté ingiriendo actualmente o que haya ingerido en los últimos 6 meses ? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____

- ¿Hay algún medicamento (fármaco, droga, vitamina o similares) que tenga prohibido o contraindicado ingerir o que alguna vez haya tenido problemas o alergias al ingerirlo (por ejemplo alergia a penicilinas, sulfas, etc.) ? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____
¿Cuál? _____ ¿Por qué? _____

III- Datos odontológicos de importancia

- ¿ Ha tenido alguna reacción especial o extraña al recibir anestesia local en el odontólogo ?

¿Cuál (es) ? _____

¿ Hace cuánto tiempo ? _____

- ¿ Ha tenido problemas con algún otro medicamento o material en visitas previas al odontólogo ? _____

¿Cuál (es) ? _____

¿ Hace cuánto tiempo ? _____

- ¿ Ha tenido o tiene actualmente problemas de bruxismo ? _____

- ¿ Ha tenido o tiene actualmente problemas de mal aliento ? _____

- ¿ Sangran sus encías al cepillarse los dientes ? _____

- ¿ Cuándo fue su última visita al odontólogo ? _____

- ¿Cuál es el motivo actual de su consulta al odontólogo ? _____

- ¿ Cómo cree usted que es el estado actual de su salud dental ? Marque con una X en el siguiente diagrama continuo.



- ¿ Dónde le gustaría tener su estado de salud dental en 5 años más ? Marque con una X en el siguiente diagrama continuo.



- * Usted supo de Odontología CIPO a través de:

- Revista Intermedio (Teatro Municipal) Páginas amarillas
- CIPO Internet (www.cipo.cl)
- Recomendado por otro paciente de CIPO: _____
- Derivado por otro Odontólogo: _____
- Medios de comunicación ¿Cuál? _____
- Otros : _____

- Desea que le recordemos sus citas unas horas antes a través de un e-mail a su computador y un mensaje de texto (sms) a su teléfono celular ? Si _____ No _____
- Una vez terminado su tratamiento en CIPO, le agradecería que le enviáramos una carta para recordarle sus controles periódicos (cada 6 meses) ? Si _____ No _____

El paciente deja constancia y declara que toda la información señalada u omitida en la presente ficha es de su exclusiva responsabilidad, liberando expresamente a Odontología CIPO de toda responsabilidad, tanto civil como penal, que se produzca a consecuencia de la información errónea, incompleta, falsa u omitida. En consecuencia, Odontología CIPO, sus profesionales, funcionarios y demás personal, actuales o futuros, no responderán de los perjuicios de toda clase –directos e indirectos, previstos e imprevistos- que afecten al paciente, por daño emergente, lucro cesante y por daño moral.

Así mismo, declara que se encuentra en conocimiento que toda labor, gestión u operación clínica y dental a que será sometido en Odontología CIPO, por parte de sus profesional, funcionarios y demás personal, se efectuará basándose en la información proporcionada en la presente ficha, liberando, en consecuencia, de cualquier responsabilidad que se produzca o pueda producirse por información errónea, incompleta, falsa u omitida.

El paciente se compromete a notificar por escrito a Odontología CIPO cualquier cambio o nueva información de que tome conocimiento con posterioridad a la suscripción de esta ficha, dentro de los cinco días hábiles siguientes a la ocurrencia de este hecho. En caso de incumplimiento o cumplimiento tardío de esta obligación, Odontología CIPO, sus profesionales y demás personal, actuales o futuros quedan liberados de toda responsabilidad, tanto civil como penal que pueda afectar al paciente a consecuencia de este hecho.

El paciente entrega esta información sólo para efectos de su procedimiento, información que no podrá ser divulgada a terceras personas sin su previo consentimiento salvo requerimientos judiciales.

El paciente que firma la presente ficha declara expresamente conocer y aceptar a su plena y total satisfacción lo anteriormente expuesto.

Santiago de Chile, de del año 2009.

Firma y RUT del Paciente

Estos datos han sido conversados con el paciente por _____

Encuesta de Satisfacción de Servicio

Estimado paciente:

Nuestra misión es brindarle un servicio de excelencia por lo que es vital para nosotros conocer el nivel de satisfacción de la atención brindada. Le aseguro que sus respuestas y opiniones se manejarán en forma estrictamente confidencial. Estas son claves para evaluar nuestra labor y poder corregir a tiempo nuestros errores.

De antemano, le agradezco su colaboración.

Dr. Jorge Tricio Pesce

- Cuando llamó a solicitar su primera cita:
 - Contestaron su llamado con prontitud.
 - Se demoraron en atender su llamada.
 - Tuvo que llamar varias veces.
- La atención telefónica que recibió por parte de nuestra secretaria fue:
 - Amable y cordial.
 - Lo justo y necesario.
 - Fría y distante.
- La información inicial que recibió por parte de nuestra recepción incluyendo las instrucciones de cómo llegar fue:
 - Completa y comprensible.
 - Incompleta.
 - No recibió información.
- Los horarios de atención ofrecidos le parecieron:
 - Adecuados para su disponibilidad de tiempo.
 - Aceptables.
 - Inadecuados para su disponibilidad de tiempo.
- Recibió un e-mail explicativo con información de su Primera Consulta Integral ?
 - Si ¿Le fue de utilidad? Si No, ¿Por qué? _____
 - No
- La llamaron a confirmar su hora:
 - Si
 - No
- Cuando llegó a su primera cita, la atención que recibió por parte de nuestra recepcionista fue:
 - Amable y cordial.
 - Lo justo y necesario.
 - Fría y distante.

OBSERVACIONES:
