

Formulario de consulta para las mujeres embarazadas para recibir atención de salud oral

Referido a: _____ Fecha: _____
Nombre del paciente: (Apellido) _____ (Nombre) _____
Fecha de nacimiento: _____ Fecha estimada de nacimiento del niño(a): _____
Semana de gestación al día de hoy: _____

ALLERGIAS CONOCIDAS: _____

PRECAUCIONES: NINGUNA ESPECIFIQUE (SI PROCEDE ALGUNA):

Este paciente puede tener la evaluación de rutina dental y cuidado, incluyendo pero no limitado a:

- Examen de salud oral
- Profilaxis dental
- Conducto radicular
- Extracción
- Rayos- x dentales con protección de plomo abdominal y de cuello
- El anestésico local con epinefrina
- Raspado y alisado radicular
- Las restauraciones(amalgama o compuesto) el relleno de caries

El paciente puede tener: (Marque todo lo que corresponda)

- El acetaminofeno con codeína para el control del dolor
- Medicamento alternativo para control del dolor: (Especifique) _____
- Penicilina
- Amoxicilina
- Clindamicina
- Cefalosporinas
- Eritromicina (No forma estolato)

Proveedor de cuidado prenatal: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

NO DUDE EN LLAMAR SI TIENE PREGUNTAS

INFORME DEL DENTISTA (Para el proveedor de cuidado prenatal)

Diagnóstico: _____

Plan de tratamiento: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Firma del Dentista: _____ Fecha: _____