

SOLICITUD AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DENTAL EN LA EMBARAZADA

Datos dentista: _____ N° col: _____ Fecha: _____

Datos paciente: _____

Identificación: _____

Mes de embarazo: _____ Fecha prevista del tratamiento dental: _____

Diagnóstico dental:

La paciente va a requerir los siguientes tratamientos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Revisión rutinaria | <input type="checkbox"/> Radiografía (con protección abdomen y cuello) |
| <input type="checkbox"/> Profilaxis dental | <input type="checkbox"/> Anestesia local con epinefrina |
| <input type="checkbox"/> Raspado radicular | <input type="checkbox"/> Endodoncia |
| <input type="checkbox"/> Extracción | <input type="checkbox"/> Tratamiento restaurador (obturaciones) |

La paciente va a requerir probablemente la siguiente medicación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acetaminofén con codeína | <input type="checkbox"/> Otro antibiótico (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Otro analgésico (especificar) | <input type="checkbox"/> Otra medicación (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina | |

Le ruego me informe si existe alguna contraindicación al tratamiento y/o medicación arriba señalados

Firma