

HISTORIA CLÍNICA

DATOS GENERALES

Nombre del paciente: _____
 Lugar y fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo M ☐ F ☐
 Ocupación: _____
 Dirección: _____ Colonia: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ C.P.: _____
 Cel: _____ Recomendado por: _____

¿Cuál es el motivo de su consulta?

¿Ha estado hospitalizado alguna vez? (SI) (NO)

¿Por qué motivo?

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? (SI) (NO)

¿Qué cirugía se le realizó?

¿Actualmente está bajo tratamiento médico? (SI) (NO)

¿Por qué motivo?

¿Ha tomado algún medicamento durante un periodo prolongado? (SI) (NO)

¿Por qué motivo?

¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento? (SI) (NO)

¿A cuál?

¿Padece de asma? (SI) (NO)

¿Cuando sufre una herida, sangra por un tiempo prolongado? (SI) (NO)

¿Cicatriz pronto sus heridas? (SI) (NO)

¿Padece o ha padecido alguna enfermedad infecto-contagiosa? (SI) (NO)

PADECE O HA PADECIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS:

ANEMIA
 DIABETES
 HEPATITIS
 OSTEOPOROSIS
 ARTRITIS/REUMATISMO
 ENF. RENAL
 HERPES

ASMA
 ENF. TIROIDES
 CANCER
 ENF. PSICOTICAS
 PRESION ALTA/BAJA
 PROBLEMAS DEL CORAZÓN
 FIEBRE REUMÁTICA

CIRROSIS HEPÁTICA
 HEMOFILIA
 ENDOCARDITIS BACTERIANA
 MALFORMACIONES GENÉTICAS
 EPILEPSIA
 SINUSITIS
 TRASTORNOS AUDITIVOS

OSTEOPOROSIS
 TUBERCULOSIS
 FATIGA
 TUMORES
 ENF. VENEREAS
 VIH/SIDA
 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿Consumes Bebidas Alcohólicas Con Frecuencia? Si No Frecuencia

¿Fuma? Si No ¿cantidad?

¿Experiencias de tratamientos dentales anteriores?

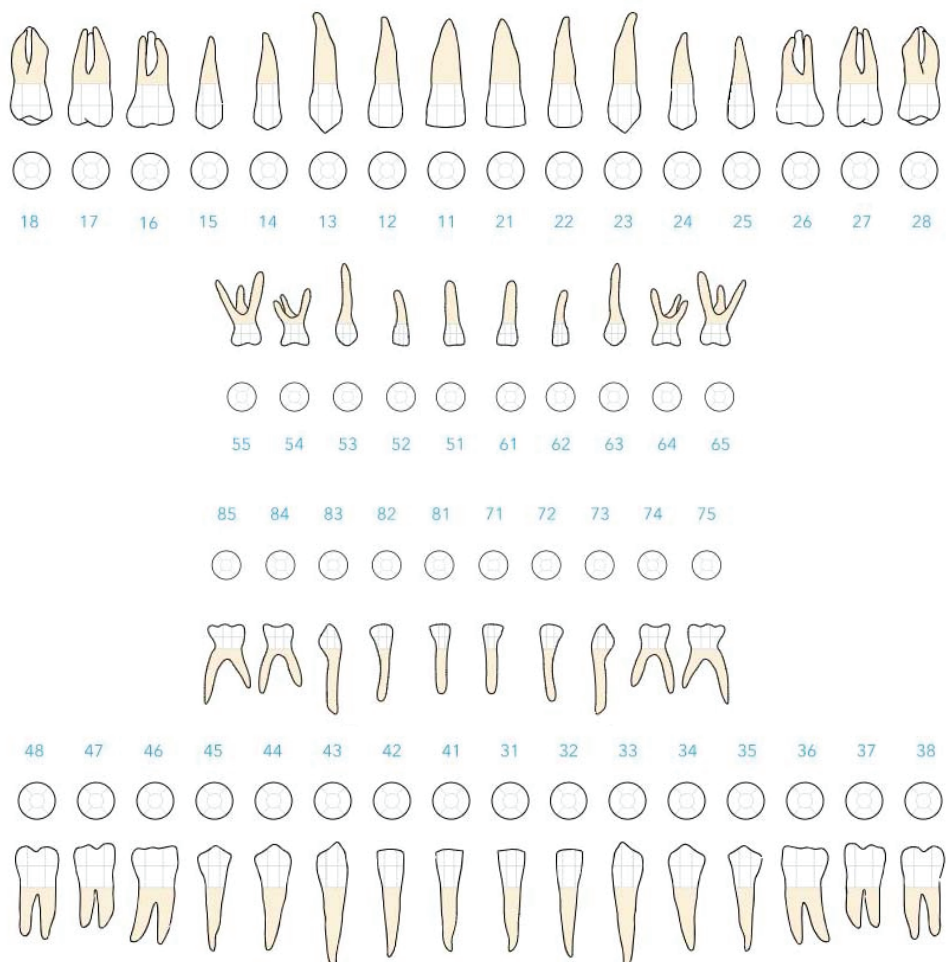
¿como Considera Actualmente Su Estado De Salud General? Bueno Malo Regular

Especifique Porfavor Cualquier Otro Padecimiento Que Considere Importante:

HISTORIA DENTAL

Hábito oral	
Mal olor o sabor de boca	
¿Con qué frecuencia cepilla sus dientes?	
¿Ha recibido tratamientos dentales? SI NO ¿Cuáles?	
¿Hace cuánto tiempo fue su última visita al dentista / Limpieza dental?	
¿Se encuentra satisfecho con la apariencia de su boca? SI NO	
¿Qué no le agrada?	
Examen de tejidos blandos	
ENCÍA	LABIOS
FISTULA	PALADAR DURO
CARRILLOS	PALADAR BLANDO
LENGUA	LESIONES EN MUCOSA

ODONTOGRAMA



MARCA CON COLOR: Azul: Obturación/Prótesis

Negro: Ausencia dentaria

Rojo: Caries/Alteraciones