

HISTORIA CLÍNICA

Nombre y Apellido del paciente:

.....

Fecha de nacimiento:/...../.....

Edad:

Domicilio:..... Localidad:.....

Teléfono:.....

Médico de cabecera:..... Tel:.....

Odontólogo general:..... Tel:.....

Recomendado por :

RESPONDA SÍ O NO:

- ◆ Debió ser hospitalizado en los últimos dos años ?
- ◆ Está bajo tratamiento médico por alguna enfermedad?
- ◆ Está tomando algún medicamento?
- ◆ Tuvo alguna vez reacciones alérgicas con algún medicamento?.....
- ◆ Cuando se lastima o extrae algún diente, le sangra excesivamente y necesita

Atención para detener el sangrado

¿TIENE O HA TENIDO ? :

- ◆ Problemas Cardíacos:
- ◆ Artritis:
- ◆ Fiebre reumática:
- ◆ Presión sanguínea alta:
- ◆ umor:
- ◆ Diabetes:
- ◆ Presión sanguínea baja:
- ◆ Epilepsia:
- ◆ Dolores en la zona de los oídos:.....
- ◆ Dolor de cabeza:
- ◆ Alteraciones nerviosas:
- ◆ Dolor en la articulación de la mandíbula:
- ◆ Siente ruidos en la mandíbula al comer:
- ◆ Se le traba su mandíbula al abrir grande su boca:.....
- ◆ Le duelen los músculos de la cara:
- ◆ Se fatiga al comer:
- ◆ Frota los dientes mientras duerme:
- ◆ Se ha dado cuenta que frota o aprieta los dientes durante el día:.....

Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento.

Así mismo, he sido informado que los datos suministrados quedan reservados en la presente

Historia Clínica y amparado en el secreto profesional. Por este instrumento de autorización por mí firmado doy pleno consentimiento al profesional odontólogo y a sus colaboradores a hacer diagnóstico, plan de tratamiento y tratamientos ortodónticos acorde a los conocimientos encuadrados dentro de la especialidad.

Firma del paciente, padre y /o tutor

Aclaración