



# Historia Clínica Odontológica

Folio		

Fecha		
Día	Mes	Año

## Datos Generales

### Datos del Titular

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
No. De Afiliación	R.F.C.	Sexo:	Empresa		
		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>			
Lada	Tel. Casa	Tel. Oficina	Ext.	E-mail	

### Datos del Paciente ( si es Titular no llenar esta área)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Sexo:	Edad	Identificación de Usuario:		Otros	
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		Titular <input type="radio"/> Conyuge <input type="radio"/> Hijo/Hija <input type="radio"/>			

### Datos del Odontólogo

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Teléfono Consultorio		Celular		Tel. Fax	
Localizador	Clave	E-mail			

## Historia Clínica

	Si	No
¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Consumo algún medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Presenta problemas con anestesia local o general?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Reacciones a la anestesia dental?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece hemorragias o sangrados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece Diabetes Mellitus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece de Hipertensión Arterial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece Fiebre Reumática?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece de Asma Bronquial?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece V.H.I. SIDA?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece Enfermedades Cardiovasculares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece Enfermedades Respiratorias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Está Ud. Embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Padece alguna enfermedad grave recientemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Consumo Ud. Alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Fuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Historia Bucal y Dental

¿Molestia o dolor en boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Mal olor o mal sabor de boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Le sangran las encías?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Siente sus dientes móviles aprieta o rechina sus dientes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Malos hábitos orofaciales? (morder las uñas, chupar los dedos, morder el lápiz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fecha de última visita dental: \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento ha adquirido? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día cepilla sus dientes? \_\_\_\_\_

¿Aparte del cepillo utiliza otro aditamento para limpiar sus dientes? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Motivo de la consulta? \_\_\_\_\_

