

**HISTORIA CLÍNICA  
DE OPERATORIA DENTAL**

FECHA: \_\_\_\_\_

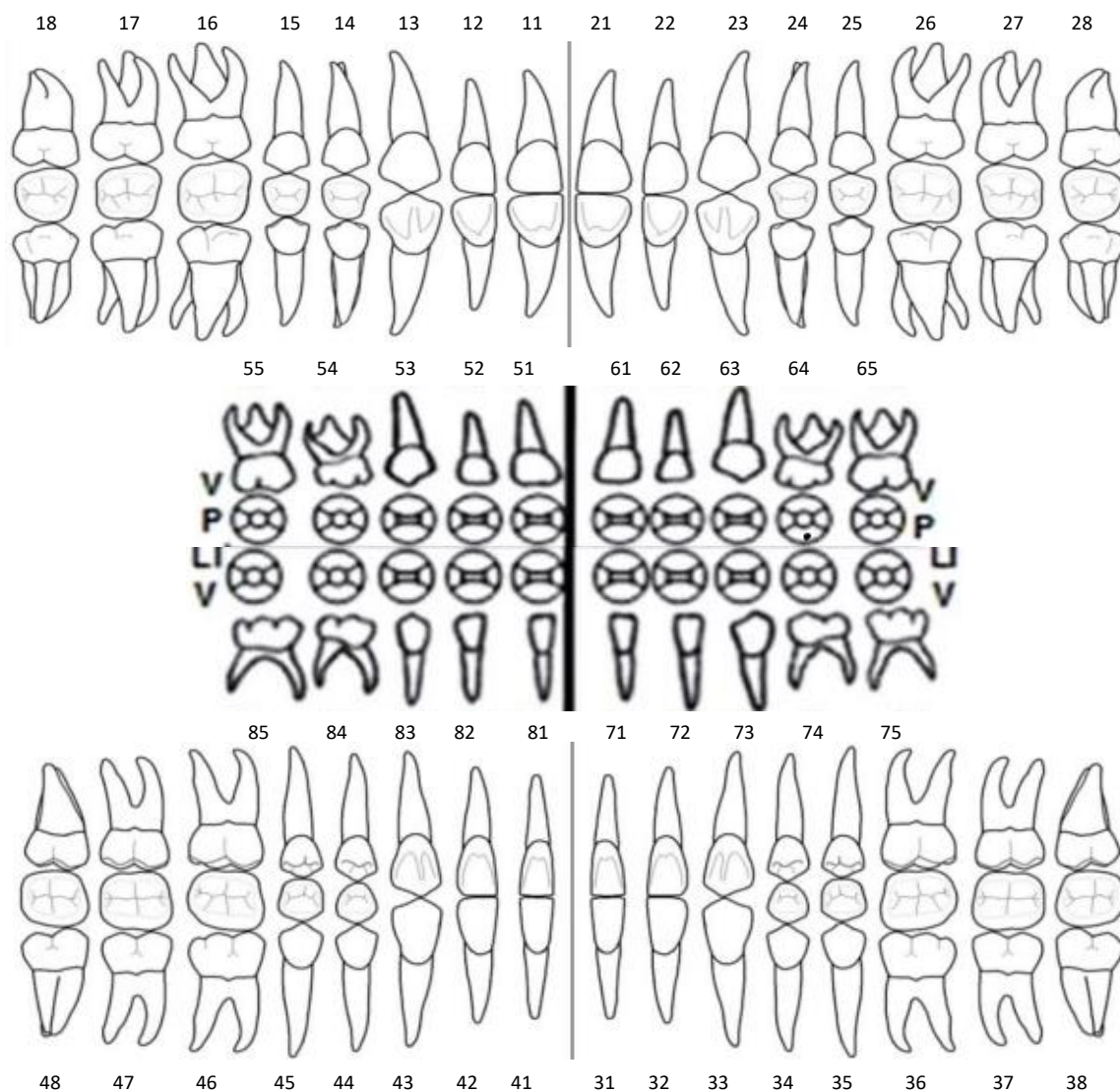
HISTORIA No.: \_\_\_\_\_

**I. DATOS PERSONALES.**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ) F ( ), Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

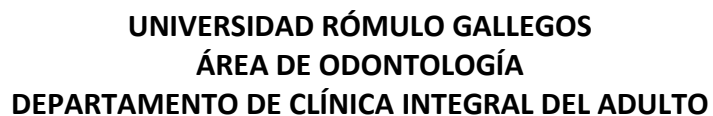
**II. EXÁMEN CLÍNICO BUCAL.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**



\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL DOCENTE**





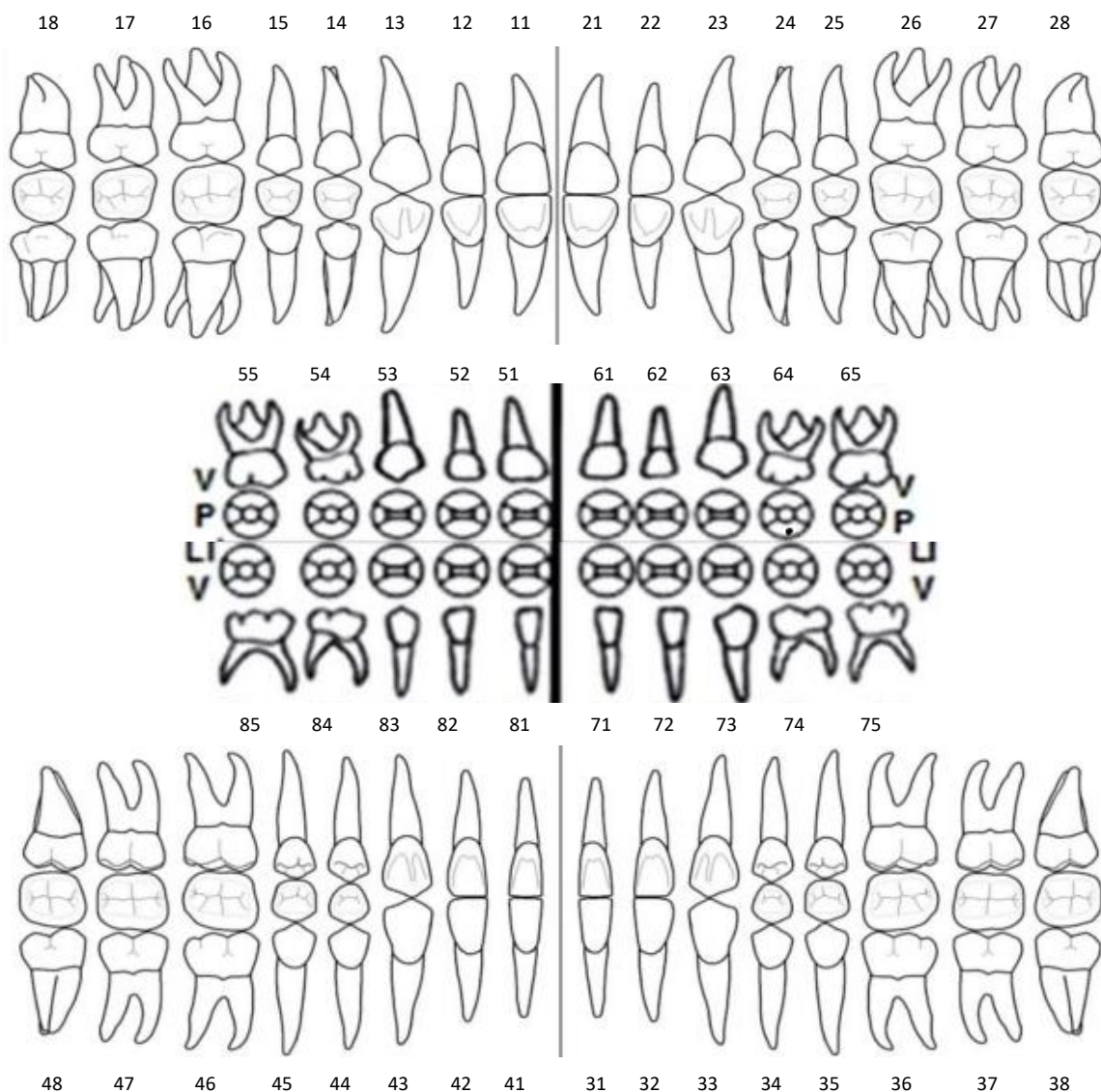
HISTORIA No.: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

[illegible]



### III. EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO.



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL DOCENTE

OBSERVACIONES:

---



---



---



---

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ SECCIÓN: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_