

**Dr.:** .....  
.....

## HISTÓRIA CLÍNICA

Nombre:..... Edad:..... Celular:.....

Dirección:..... Procedencia:..... Residencia:.....

Nombre del tutor:..... Celular:.....

EXAMEN GENERAL

**EXAMEN BUCO DENTAL**

Ha sido intervenido quirúrgicamente alguna vez? SI NO \_\_\_\_\_ Higiene dental BUENA MALA REGULAR

Tiene problemas cardiacos? SI NO \_\_\_\_\_ ¿Usa Cepillo dental? SI NO Frecuencia \_\_\_\_\_

Es diabético? SI NO \_\_\_\_\_ ¿Usa hilo dental? SI NO \_\_\_\_\_

Alergia algún medicamento? SI NO \_\_\_\_\_

Como es la cicatrización de sus heridas? SI NO \_\_\_\_\_

Tiene problemas en la coagulación? SI NO \_\_\_\_\_ Respirador bucal SI NO Usa chupón SI NO \_\_\_\_\_

Esta actualmente en tratamiento médico? SI NO \_\_\_\_\_ Fuma \_\_\_\_\_ SI NO Toma \_\_\_\_\_ SI NO \_\_\_\_\_

Toma medicamentos actualmente? SI NO \_\_\_\_\_ Masca Coca SI NO \_\_\_\_\_

**Está embarazada?** SI NO \_\_\_\_\_

F.U.M. \_\_\_\_\_

## MOTIVO DE CONSULTA

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

## MOTIVO DE CONSULTA

## COTIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS A REALIZAR

TRATAMIENTO	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL

