

Nombre:.....Edad:.....Celular:.....
Dirección:.....Procedencia:.....Residencia:.....
Nombre del tutor:.....Celular:.....

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 _____		HABITAS Y COSTUMBRES		
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.UM. _____ Firma del Paciente _____

MOTIVO DE CONSULTA _____

COTIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS A REALIZAR

TRATAMIENTO	CANTIDAD	PRECIO	TOTAL

