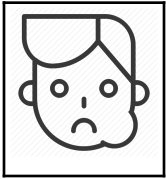


Historia Clinica



Consultorio Dental Cervantes



Nombre: Dav

Direccion:

Fecha de Nacimiento:

Edad:

Telefono:

Tratamiento:

Datos Importantes:

Grupo Sanguineo

Antecedentes Alergicos

Antecedentes Patologicos

Padece, ha padecido o sospecha tener alguna de las siguientes enfermedades si o no:

Enfermedad cardiaca	Asma	Artritis
Hipertension arterial	Diabetes	Trastornos psiquiatricos
Anemia	Hipertiroidismo	Enfermedades Venereas
Epilepsia	Hepatitis	VIH

Superior

18 _____
17 _____
16 _____
15 _____
14 _____
13 _____
12 _____
11 _____

28 _____
27 _____
26 _____
25 _____
24 _____
23 _____
22 _____
21 _____

Derecho

Izquierdo

41 _____
42 _____
43 _____
44 _____
45 _____
46 _____
47 _____
48 _____

31 _____
32 _____
33 _____
34 _____
35 _____
36 _____
37 _____
38 _____

Inferior

