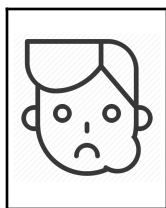


# Historia Clinica



Consultorio Dental Cervantes



Nombre: \_\_\_\_\_  
 Direccion: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 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		Inferior	
Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
18	28	41	31
17	27	42	32
16	26	43	33
15	25	44	34
14	24	45	35
13	23	46	36
12	22	47	37
11	21	48	38