



FORMATO DE HISTORIA CLINICA DE CONTROL ODONTOLOGIA

A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-002, VI 02-03-2022

NOMBRE: _____	EDAD: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	TIPO: _____ IDENTIFICACION: _____
SEXO: ____ ESTADO CIVIL: _____	TELEFONO: _____ EPS: _____
N° DE CONTRATO: _____	FECHA ULTIMA VISITA ODONTOLOGO: _____
DIRECCION RESIDENCIA: _____	ESCOLARIDAD: _____
OCUPACION: _____	ACUDIENTE: _____

FECHA :	MOTIVO DE CONSULTA
HORA:	
REMITIDO POR:	

EVALUACION

ANTECEDENTES

