 

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

UNIDAD: DIV. EJTO - BRIG.AE-DIST.NAVAL: LOCALIDAD CIUDAD: ……………………………………………………………………….

DEPARTAMENTO …………………………………………………………………

Nº de Exp. Nº de H.C.

C.I.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



Nombres

Apellido Paterno

Apellido Materno

M - F

Edad Sexo

Lugar y Fecha de Nacimiento I - P - S - U - T - P

Grado de Instrucción

Ocupación

S - C - D - V - U

Estado Civil

Dirección

Teléfono y/o Celular

Idioma o Dialecto

Persona que brinda la información: Nombres y Apellidos

.................................................. Teléfono ……………………………………… C.I.: ……………… Firma ………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Antecedentes Patológicos Familiares: | | | | | | | |
| Antecedentes Patológicos Personales:  Anemia Cardiopatías Enf.Gástricas Hepatitis Tuberculosis Asma Diabetes Mel. Epilepsia Hipertensión VIH | | | | | | | |
| Otros: | Ninguno: | Alergias: | SI | NO | Embarazo: SI | Semanas............. | NO |

¿Esta en tratamiento medico? ¿Actualmente recibe algún medicamento?

Tuvo hemorragia después de una extracción dental: SI NO Especifique: Inmediata - Mediata

EXAMEN EXTRA ORAL EXAMEN INTRA ORAL

|  |  |
| --- | --- |
| ATM: | Labios: |
| Ganglios linfáticos: | Lengua: |
| Respirador: Nasal Bucal Buconasal | Paladar: |
| Otros: | Piso de la boca: |
| ANTECEDENTES BUCODENTALES | Mucosa Yugal: |
| Fecha de la última visita al odontólogo: | Encías: |
| HABITOS: Fuma Bebe Otros …………………….. | Utiliza prótesis dental: SI NO |

ANTECEDENTES DE HIGIENE ORAL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Utiliza cepillo dental: | SI | NO | Utiliza hilo dental: | SI | NO | Utiliza enjuague bucal: | SI | NO |

HIGIENE BUCAL: Buena Regular Mala

Frecuencia del cepillado dental: Durante el cepillado dental le sangran las encías? SI NO

Observaciones: