

-

hesnosa

**HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA**

Nombre y Apellido:

Fecha de registro. -Hora de atencion 一-

Fecha de nacimiento. Edad...Sexo.......Ocupacion.

Domicilio Nombre acompañante.

**ENFERMEDAD ACTUAL**

Motivo consulta.

Dolor: si/no Tiempo de enfermedad:

Antecedentes patologicos:

Antecedentes familiares:

Toma alguna medicacion?.

Se ha realizado extracciones? si/no

Hubo problemas despues de las extracciones? si/no

Ha padecido de hemorragias excesiva despues de la extraccion o traumatismo? si/no

Es alergico a algún medicamento?.

Ultima visita al odontologo

**DIAGNOSTICO**

PRESUNTIVO.

DEFINITIVO.

15 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 20 26 27 28

叵回回可问问问回回问阿顾宾回

叵E回020回 回回ODCCDC

424745 45 44 42 42 41 31 32 33 24 25 36 37 36

5554 53 52 51 61 62 63 64 65

同同可问回 回向向同可

回口刀同同 同回回回页

05 94 03 02 91 71 72 72 74 75

DBSERVACIONES: