**DEPARTAMENTO IV - LOGÍSTICA**

**BAT. TRANS - III “SOF. RAÚL CORNEJO”**

**BOLIVIA**

**HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

**Grado, Nombre y Apellido……………………………………………………………………..**

**Lugar y Fecha de la consulta …………………………………………………………..........**

**I.- ANAMNESIS.**

**Lugar y fecha de nacimiento…………………………………………………………..**

**Edad………………….Sexo……………….Estado Civil………………………………**

**Alergias……………………………………………………………………………………**

**Intervenciones quirúrgicas…………………………………………………………….**

**Enfermedades……………………………………………………………………………**

**Antecedentes familiares………………………………………………………………..**

**Motivo de la consulta ……………………………………………………...…………...**

**II.- EXAMEN ODONTOLÓGICO.**

**III.- INDICE CPOD (DIENTESPERMANENTES).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C** | **P** | | **O** | **TOTAL CPO** | **TOTAL DE PIEZAS**  **PRESENTES.** |
| **P** | **EI** |  |  |
|  |  |  |  |

**Nombre y Apellido del Odontólogo Firma y sello del Odontólogo**

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** | **ACTIVIDAD REALIZADA** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |