

Formulario de Historia Clínica

Informacion Personal

Nombre Completo:

Ingrese su nombre:

Provincia:



Edad:

Ingrese su edad:

Codigo Postal:

Ej: 1608

Nro de Documento: (sin guiones ni puntos)

Ej: 34567890

Obra Social:



Email:

Ingrese su correo electronico:

Plan:

Nacionalidad:



Afiliado Número:

Nro. de afiliado:

Sexo:



Telefono:

Numero de telefono:

Domicilio:

Ingrese su calle y numero:

Celular:

Numero de celular:

Si es menor de edad, indique nombre del responsable:

Ingrese su nombre completo:

Parentezco del responsable:



Historial medico

	SI	NO	
¿Padece alguna enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Está bajo tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

médico?			
¿Está tomando algún medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Le hace daño algún medicamento?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Está embarazada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Consume alcohol regularmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Usted fuma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Fue operado alguna vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Es alérgico a alguna droga, anestesia, y/o antibióticos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Realiza actividad física regularmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Antecedentes Odontologicos

	SI	NO
¿Ha sido sometido a tratamientos odontológicos previos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa o ha usado algún tipo de aparatología?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha recibido instrucciones en salud oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Usa el hilo dental, enjuague bucal u otros elementos de higiene oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha realizado alguna extracción o cirugía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bucal?		
En caso afirmativo de la respuesta anterior, ¿Ha presentado alguna complicación? Parestesia, Mala Cicatrización o sangrado abundante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Queilofagia (Morderse los labios)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Onicofagia (Morderse las uñas?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Sufre de Bruxismo (Apretar los Dientes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se chupa el dedo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha tenido una experiencia negativa en una visita previa al Odontólogo? o ¿Tiene Fobia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Ha padecido alguna de estas enfermedades?

- ☐ Problemas hemorrágicos
- ☐ Alteraciones cardiovasculares
- ☐ Enfermedades respiratorias
- ☐ Trastornos gastrointestinales
- ☐ Afecciones renales
- ☐ Alteraciones psíquicas
- ☐ Fiebre reumática
- ☐ Diabetes
- ☐ Hepatitis
- ☐ Reacciones alérgicas
- ☐ Problemas neurológicos
- ☐ Presión arterial alta

- ☐ Presión arterial baja
- ☐ Anemia
- ☐ Epilepsia
- ☐ Convulsiones
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Sinusitis
- ☐ Tumores
- ☐ Enfermedades venéreas
- ☐ Sida
- ☐ Adicción a las drogas
- ☐ Enfermedad de Chagas
- ☐ Otras:

Enviar

Colectora Este 867 - Ing. Maschwitz - Pcia. Buenos Aires - Tel: (0348) 474-0304
Email: odontologia.integral@live.com.ar