

Información del Paciente

Nombre Completo
aa bbHijo/Hija

Email
abc@gmail.net

Teléfono
526563464585

Fecha Nacimiento / Edad
11 Jul 1990 / 35

Información Dental

Motivo de Consulta
new motivo

Nivel de Dolor (1-10)
Sin evaluar

Sangrado de Encías
AUSENTE

Sensibilidad Dental
NORMAL

Mal Aliento
AUSENTE

Cepillado Diario
Sin especificar

Uso de Hilo Dental
NO USA

Última Limpieza
Sin especificar

Ortodoncia Previa
NO TUVO

Diagnóstico
Pendiente de evaluación

Tratamiento Recomendado
Por definir

Odontograma
Sin registro odontográfico

Información Médica Básica

Peso (Kg)
1.00

Estatura (m)
2.00

Temperatura (°C)
36.5

Frecuencia Cardíaca
18

Presión Arterial (mmHg)
Sin registro

Glucosa (mg/dl)
Sin registro

Alergias
Sin alergias conocidas

Medicamentos Actuales
Sin medicamentos

Antecedentes Familiares
Sin antecedentes

Notas Generales de la Consulta

new notas