

Información del Paciente

Nombre Completo dent 2 customer edit **Email** abc@gmail.net **Teléfono** 526563464585 **Fecha Nacimiento / Edad** 11 Jul 1990 / 35

Información Dental

Motivo de Consulta mi consulta **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) 110.00 **Estatura (m)** 1.67 **Temperatura (°C)** 36.5 **Frecuencia Cardíaca** 80

Presión Arterial (mmHg) 120 / 80 **Glucosa (mg/dl)** 100

Alergias alergia **Medicamentos Actuales** Sin medicamentos **Antecedentes Familiares** Sin antecedentes

Notas Generales de la Consulta

mis notas