

Información del Paciente

Nombre Completo Ivan Dent
Email ivanjzr@gmail.com
Teléfono 526563088785
Fecha Nacimiento / Edad 11 Jul 1990 / 35

Información Dental

Motivo de Consulta mi motivo
Nivel de Dolor (1-10) 2/10
Sangrado de Encías PRESENTE
Sensibilidad Dental NORMAL
Mal Aliento PRESENTE
Cepillado Diario 2 veces/día
Uso de Hilo Dental NO USA
Última Limpieza 6 meses
Ortodoncia Previa NO TUVO
Diagnóstico d
Tratamiento Recomendado t
Odontograma o

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 a
Medicamentos Actuales b
Antecedentes Familiares c

Notas Generales de la Consulta

mis notas