

Información del Paciente

Nombre Completo Ivan Juarez	Email ivanjzr@gmail.com	Teléfono +526563088785	Fecha Nacimiento / Edad
---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Información Dental

Motivo de Consulta new 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			

Notas Generales de la Consulta

Sin observaciones adicionales registradas.