

EXPEDIENTE CLÍNICO DENTAL

Fecha de Revisión: 11/07/2025 16:30

Folio del Expediente: 57
Fecha de Registro: 11/07/2025 16:35
Susuario Creador: ID-38



Nombre Completo
aa bbHijo/Hija

Emailabc@gmail.net

L Teléfono 526563464585

= Fecha Nacimiento / Edad

11 Jul 1990 / 35

M Información Dental

Motivo de Consulta

new motivo

♦ Sangrado de EncíasAUSENTE

* Sensibilidad Dental

NORMAL

Nivel de Dolor (1-10)

R Tratamiento Recomendado

Sin evaluar

➡ Mal Aliento

Cepillado Diario

Sin especificar

Uso de Hilo Dental

NO USA

'S Última Limpieza

Sin especificar

= Ortodoncia Previa

ΝΟ Τυνο

& Diagnóstico

Pendiente de evaluación

Por definir

∠ Odontograma

Sin registro odontográfico

P Información Médica Básica

Peso (Kg)

1.00

Estatura (m)

2.00

§ Temperatura (°C)

FrecuenciaCardíaca

18

♦ Presión Arterial (mmHg)

Sin alergias conocidas

Sin registro

36.5

Sin registro

A Alergias

9 Medicamentos Actuales

Sin medicamentos

Antecedentes Familiares

Sin antecedentes

□ Notas Generales de la Consulta

new notas

Sistema: DENTABLIX | Confidencialidad: Expediente Médico | Estado: Active

Este documento es confidencial y contiene información médica protegida