

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Padece alguna enfermedad: _____ Teléfono: _____

Antecedentes personales no patológicos:

Se encuentra usted embarazada:

Alergia a algún medicamento:

Antecedentes en la administración de anestesia:

SI	NO
SI	NO
SI	NO

Antecedentes personales patológicos:

Utiliza anticoagulantes:

SI	NO
SI	NO

Hemorragias frecuentes:

Diabetes:

Hipertensión Arterial:

SI	NO
SI	NO

Examen Parodontal:

Placa Dentobacteriana:

Presencia de Sarro:

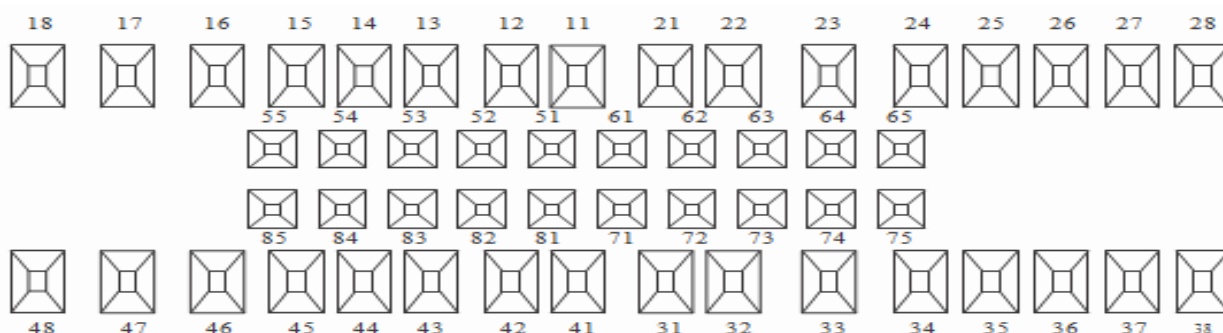
SI	NO
SI	NO

Gingivitis:

Movilidad Dental:

SI	NO
SI	NO

ODONTOGRAMA



Rojo Cariado **Azul** Obturado Perdido Extraccion

N° de Pieza	Diagnostico	Tratamiento	Fecha

Autorizo Tratamiento Firma del Paciente
(Padre o Tutor)

Nombre y Firma del Médico Tratante