	_	
^	0.7	7
	UI.	-)
Ĺ		1

	Lug	jar:						******	Fecha / /				
ODONTOLOGO:							N	Nº de Matrícula					
											_		
PACIENTE		N	AFIL			П	П	Т	П	П	Τ	П	
. Social:					ENITE							_	
dadEstado CivilNa													
omicilio (calle, núm., barrio, localidad):													
rofesión/Actividad	Titular.		Lug	ar de trab	ajo				Je	rarquía			
Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración	Jurada"		Otra en	fermeda	ad infe	cto-co	ontagi	osa?		SI	0	NO 🗆	
Padre con vida?	SI 🗆	NO 🗆	Tuvo transfusiones?						-	-	NO 🗆		
enfermedad que padece o padeció			Fue operado alguna vez?							_	NO 🗆		
				?									
Madre con vida? enfermedad que padece o padeció		№ □										NO []	
entermedad que padece o padecio			cuál?										
Hermanos?		NO 🗆	Fuma?									NO 🗆	
sanos?			Está embarazada?								NO [
Sufre de alguna enfermedad?		№ □	de cuántos meses?										
de que?			Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su médico que quiera dejar constancia? SI □ NO □						ΝОΠ				
cuál?			cuál?					_					
Qué medicamento/s consume habitualmente?													
					F							tura, otro	
Que medicamentos ha consumido en los ultim			Médico	clínico:									
			Clínica	'Hospita	l en ca	aso de	hace	r falta	deriva	ación:			
Realiza algún deporte?		№ □	***********								*****		
Nota algún malestar al realizarlo		NO [Historia Clínica Odontológica										
Es alérgico a alguna droga?		NO [_				
a la anestesia a la penicilina otros													
Cuando le sacan una muela o se lastima, cicat				tó antes									
sangra mucho?						Hall					SI] NO [
Tiene problema de colágeno (hiperlaxitud)?	-	NO 🗆	otro profesional? Tomó algún medicamento?							,] NO [
Antecedentes de fiebre reumática?	_	NO 🗆	Nombre de los medicamentos										
Se protege con alguna medicación?													
Es diabético?		NO 🗆		resulta] NO [
está controlado?con qué?		ΝΟΠ		resulta do dolo						_		erado []	