



FICHA ODONTOLÓGICA

NOMBRE Y APELLIDO:.....
 EDAD:.....SEXO:.....ESTADO CIVIL:.....
 FECHA DE NACIMIENTO:.....LUGAR DE NACIMIENTO:.....
 DIRECCION:.....CIUDAD:.....
 TELEFONO:.....CELULAR.....
 CI.....

HISTORIA CLÍNICA.

- 1) ESTA TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO:.....
- 2) ES ALÉRGICO Y A QUE?:.....
- 3) ESTA EMBARAZADA:.....
- 4) TUVO HEMORRAGIAS ANORMALES ?.....
- 5) PRESENTO ALGUN PROBLEMA SERIO ASOCIADO CON EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO ?.....
- 5) SUFRE DE ALGUNA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?
- 6) PRESENTA ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES:
 DIABETES HEPATITIS ARTRITIS TUBERCULOSIS ENF VENEREAS
 HIPERTENSION ENFERMEDADES SANGUINEAS OTROS

EXAMEN CLÍNICO.

- 1) TEJIDOS BLANDOS: INTRAORALES:.....
 EXTRAORALES:.....
- 2) GANGLIOS:.....
- 3) ASPECTO CLÍNICO GRAL:.....

FECHA	TRATAMIENTO REALIZADO	ODONTOLOGO

