

EXPEDIENTE CLÍNICO

DATOS GENERALES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Fecha: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
 Celular: _____ Sexo: _____ Ocupación u oficio _____
 Identificación Personal o Huella (DPI, Cédula de Identidad) _____
 Responsable _____ Parentesco _____
 Número de expediente : _____

Signos Vitales: PA _____ FR _____ FC _____ T _____ Talla _____ Peso _____

ANTECEDENTES MEDICOS

	Si	No	Anotaciones
Diabetes			_____
Hipertensión arterial			_____
Enfermedades cardiovasculares			_____
Enfermedades circulatorias			_____
Enfermedades respiratorias			_____
Enfermedades Renales			_____
Enfermedades Hepáticas			_____
Enfermedades Hematológicas			_____
Fiebre Reumática			_____
Enfermedades de transmisión sexual			_____
Tratamiento por cáncer - Quimioterapia _____ - Otros _____ - Radioterapia _____			_____
Otro tipo de enfermedades o condiciones			_____

ANAMNESIS

Motivo de la consulta:

Observaciones.

¿Está tomando algún tipo de medicamento?		
¿Está embarazada?		
¿Padeció alguna enfermedad grave recientemente?		
¿Es alérgico a alguna sustancia o medicamento?		
¿Presenta problemas con anestesia local o general?		
¿Padece de hemorragias o sangrados?		
¿Rechina los dientes?		
¿Fuma o consume algún tipo de droga?		
Mal olor o sabor en su boca		
Sangrado de encías		
¿Siente movilidad en sus dientes?		
¿Presenta dolor en sus oídos o cerca de ellos?		
¿Presenta dolor articular o muscular?		

Firma del paciente _____

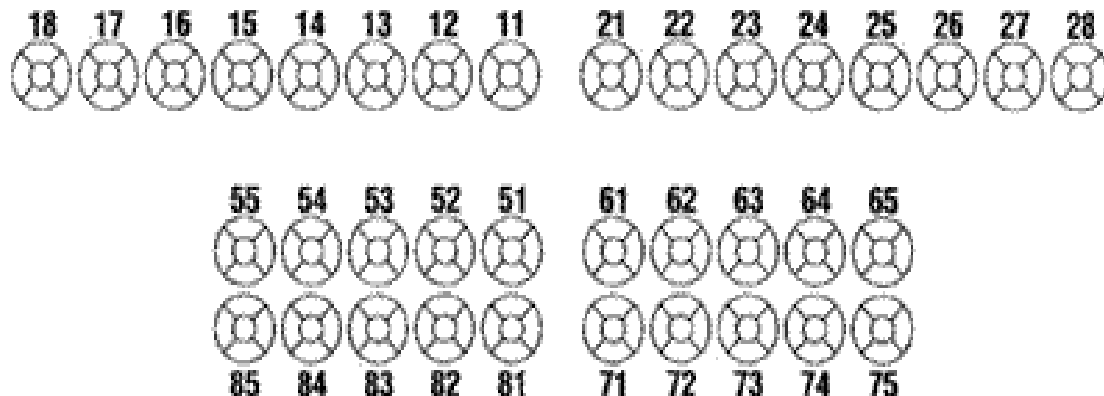


Huella Digital

Examen de Tejidos Blandos

Carillos _____ Mucosa _____ Encía _____
 Paladar _____ Lengua _____ Piso de la boca _____

ODONTOGRAMA:



11 (51)		21(61)	
12 (52)		22 (62)	
13 (53)		23 (63)	
14 (54)		24 (64)	
15 (55)		25 (65)	
16		26	
17		27	
18		28	
41 (81)		31 (71)	
42 (82)		32 (72)	
43 (83)		33 (73)	
44 (84)		34 (74)	
45 (85)		35 (75)	
46		36	
47		37	
48		38	

Observaciones:

Examen Radiográfico

Diagnósticos:
