HISTORIA CLÍNICA

Datos de comunicación		
onsultorio? Si No		
indique:		
N° Hermanos Edades Lugar de origen del paciente Idiomas que habla		
eléfono y correo electrónico).		
¿Mal Aliento?		
Ocupación		
Datos de comunicación de trabajo		
Ocupación		
Datos de comunicación de trabajo		

DATOS GENERALES

Motivo de la consulta
Para ser examinado por el Dr. / Dra.
Nosotros nos enorgullecemos de brindar la mejor calidad de odontología para niños y adultos, con los mejores materiales y las técnicas más avanzadas que existen hoy en día para poder servirle mejor.
Le pedimos que por favor nos conteste las siguientes preguntas:
¿Qué es lo que usted más valora acerca de su salud dental (o la de sus hijos)?
¿Cuál es el segundo aspecto más importante para usted en cuanto a su salud dental (o la de sus hijos)?
¿Qué es lo más importante para usted en su relación con su dentista?
DATOS CLÍNICOS
Sus servicios dentales previos fueron con el Dr. (a):
¿Por qué cambia usted de Dentista?

¿Cuál fue la última fecha en la que se le	aplicó flúor	?
¿Se le tomaron radiografías? Si	No	
¿Qué tipo de anestesia se le aplicó?	Comentari	ios acerca de la anestesia
¿Tiene el paciente (niños principalmente) hábitos or	ales como chuparse el dedo, los labios u otros?
Si No		
DATOS MÉDICOS		
¿Presenta (o ha Padecido) el paciente a	lguna de la:	s siguientes condiciones?:
Problemas Cardíacos	Si	No
Fiebre Reumática	Si	No (con o sin afección de las válvulas
Trastornos del Sangrado (coagulación)	Si	No cardíacas)
Enfermedades Infecciosas	Si	No (incluye bacterias, hongos, virus, etc.)
Asma (de cualquier tipo)	Si	No
Otras alergias	Si	No (medicamentos, anestesia, comidas,
Diabetes	Si	No pasto, etc.)
Problemas Renales	Si	No
Problemas Neurológicos	Si	No
¿Alguna vez ha sido operado?. Especific	que:	
Transfusiones o Transplantes	Si	No (incluye hemodiálisis o si es hemofílico)
Pérdida de peso reciente	Si	No (diarreas, bochornos nocturnos sin razón aparente)
Fiebres crónicas sin razón aparente	Si	No No
Malestar, debilidad o fatiga	Si	No

Nombre y teléfono del pediatra de los niños
Fecha de última visita al pediatra
¿Está tomando algún tipo de medicamento actualmente?
Notas Finales