

01

## HISTORIA CLINICA GENERAL

Lugar: ..... Fecha ..... / ..... / .....

ODONTOLOGO:	Nº de Matrícula									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 20px;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>									

PACIENTE	Nº AFIL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				

O. Social: ..... F.Nac..... Tel. ....  
 Edad..... Estado Civil..... Nacionalidad..... Nº de Doc..... Cel.....  
 Domicilio (calle, núm., barrio, localidad): .....  
 Profesión/Actividad..... Titular:..... Lugar de trabajo..... Jerarquía.....  
 cuál?

**Este cuestionario tiene el tenor de una "Declaración Jurada"**

Padre con vida?  SI  NO   
 enfermedad que padece o padeció .....

Madre con vida?  SI  NO   
 enfermedad que padece o padeció .....

Hermanos?  SI  NO   
 sanos? .....

Sufre de alguna enfermedad?  SI  NO   
 de que?.....

Hace algún tratamiento médico?  SI  NO   
 cuál? .....

Qué medicamento/s consume habitualmente? .....

Que medicamentos ha consumido en los últimos 5 años.....

Realiza algún deporte?  SI  NO   
 Nota algún malestar al realizarlo  SI  NO

**Es alérgico a alguna droga?**  SI  NO   
 a la anestesia..... a la penicilina ..... otros.....  
 Cuando le sacan una muela o se lastima, cicatriza bien?  
 sangra mucho? .....

Tiene problema de colágeno (hiperlaxitud)?  SI  NO   
 Antecedentes de fiebre reumática?  SI  NO

Se protege con alguna medicación?.....  
 Es diabético?  SI  NO   
 está controlado? .....con qué?.....

Tiene algún problema cardíaco?  SI  NO   
 cuál?.....

Toma seguido aspirina y/o anticoagulante?  SI  NO   
 con qué frecuencia?.....

Tiene presión alta?  SI  NO   
 Chagas?  SI  NO   
 está en tratamiento? .....

Tiene problemas renales?  SI  NO   
 Úlcera Gástrica?  SI  NO

Tuvo hepatitis?  SI  NO   
 de qué tipo? A  B  C

Tiene algún problema hepático?  SI  NO

Tuvo convulsiones?  SI  NO   
 Es epiléptico?  SI  NO   
 medicación que toma.....  
 Ha tenido Sífilis o Gonorrea?  SI  NO

Otra enfermedad infecto-contagiosa? SI  NO   
 Tuvo transfusiones? SI  NO   
 Fue operado alguna vez?  
 de qué?..... SI  NO   
 Cuando?.....  
 Tiene algún problema respiratorio? SI  NO   
 cuál?

.....  
 .....  
 .....  
 Tiene dificultad para hablar? .....  
 para masticar? .....  
 para abrir la boca?.....  
 para tragar los alimentos? .....

Fuma? SI  NO   
 Está embarazada? SI  NO   
 de cuántos meses?

.....  
 Hay alguna otra enfermedad o recomendación de su  
 médico que quiera dejar constancia? SI  NO   
 cuál?.....

.....  
 Realiza algún tipo de tratamiento homeopático, Acupuntura,  
 otros?  
 ..... Médico clínico:

Clínica/Hospital en caso de hacer falta derivación:  
 .....  
 .....

## **Historia Clínica Odontológica**

Por qué asistió a la  
 consulta?.....

.....  
 Consultó antes con algún  
 otro profesional? SI  NO

Tomó algún medicamento? SI  NO

Nombre de los  
 medicamentos.....

.....  
 Desde cuando?

.....  
 Obtuvo resultados SI  NO

Ha tenido dolor?  de qué tipo? Suave  Moderado

Intenso

Temporario  Intermitente  Continuo

Espontáneo

Provocado  Al frío  Al calor  Localizado

dónde?

.....  
 Irradiado  hacia dónde?

.....  
 Puede calmarlo con algo?

.....  
 Sufrió algún golpe en los dientes? SI

NO  cuándo?..... cómo se produjo?

.....  
 Se le fracturó algún diente? SI

NO  cuál?.....recibió algún tratamiento?

Ha observado algo anormal en los labios? .....	Sale pus de algún lugar de su boca? .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
lengua? ..... paladar? ..... piso de boca?.....	de dónde? .....	
carrillos? ....., rebordes? ....., trígono..... retromolar?.....	Tiene movilidad en sus dientes? .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Qué tipo de lesiones presenta:	al morder siente altos los dientes? .....	
Manchas? .....	Ha tenido la cara hinchada? .....	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Abultamiento de los tejidos? .....	Se puso hielo?.....calor?.....otros? .....	
Ulceraciones? .....	Momentos de azúcar diario .....	
Ampollas? .....	Índice de placa .....	
Otros: .....	Estado de la higiene bucal:	
Le sangran las encías? .....	Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/>	
cuándo? .....		

*Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento. Asimismo, he sido informado que los datos suministrados quedan reservados en la presente **Historia Clínica** y amparados en secreto profesional.*

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

**REFERENCIAS**

COLOR ROJO Prestaciones existentes

COLOR AZUL Prestaciones requeridas

X Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA

PROTESIS REMOVIBLE

CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

**Estado bucal general:** Presencia de sarro SI  NO  Enfermedad Periodontal SI  NO

**Diagnóstico presuntivo**

.....

.....

.....

Continúa en Anexo N° .....

**Plan de tratamiento** fecha: ...../...../.....

.....

.....

.....

Continúa en Anexo N° .....

**Observaciones:**

.....

.....

.....

Continúa en Anexo N° .....

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en el lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con el tratamiento que se me va a realizar.

El/la que suscribe .....DNI N°..... con domicilio en calle.....

otorgo mi consentimiento para realizar el tratamiento necesario para rehabilitar mi salud bucodental propuesta por el/la Dr/a MP.....



.....  
*Firma del paciente o tutor*

.....  
*aclaración*

.....  
*DNI N°*

