

HISTORIA CLINICA GENERAL

Lugar: Fecha / /

ODONTOLOGO:	Nº de Matrícula			

PACIENTE	Nº AFIL																		
----------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.....

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 ultimos 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 ☐
 cuál?

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?.....

Cuando?.....

Tiene algún problema respiratorio? SI ☐ NO ☐
 cuál?

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 ☐ Temporal ☐ 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?

.....

Tiene dificultad para hablar?

para masticar?

para abrir la boca?.....

para tragar los alimentos?

Ha observado algo anormal en los labios? Sale pus de algún lugar de su boca? SI ☐ NO ☐

lengua? paladar? piso de boca? de dónde?

carrillos?, rebordes?, trigono retromolar? Tiene movilidad en sus dientes? SI ☐ NO ☐

Qué tipo de lesiones presenta: al morder siente altos los dientes?

Manchas? SI ☐ NO ☐ Ha tenido la cara hinchada? SI ☐ NO ☐

Abultamiento de los tejidos? SI ☐ NO ☐ Se puso hielo? calor? otros?

Ulceraciones? SI ☐ NO ☐ Momentos de azúcar diario

Ampollas? SI ☐ NO ☐ Índice de placa

Otros:

Estado de la higiene bucal:

Le sangran las encías? SI ☐ NO ☐ Muy bueno ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐ Malo ☐

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
Derecha								Izquierda							
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
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°