

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datos Filiatorios:

Apellido: _____ Nombres: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel: _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Obra Social: _____ N° de afiliado _____

HISTORIA CLINICA GENERAL

Medico de Cabecera _____

Teléfono: _____

¿Esta asociado a algún Servicio de Urgencia? SI NO

¿Cuál? _____

Debió ser hospitalizado en los últimos dos años? SI NO

¿Por qué? _____

Esta bajo tratamiento medico por alguna enfermedad? SI NO

¿Cuál? _____

¿Es alérgico a alguna droga, como aspirinas, penicilina, sulfas Anestésias, etc.? _____

Marque cualquiera de las afecciones que haya tenido con una X

Problemas cardiacos Sida

Presión sanguínea alta Epilepsia

Presión sanguínea baja Artritis

Enfermedades venéreas Cáncer

Fiebre reumática Diabetes

Hepatitis Alteraciones Nerviosas

Úlcera de estomago Sinusitis

Dolor de cabeza * Otras

*Observaciones _____

¿Qué medicamento consume habitualmente? _____

¿Fuma? SI NO / ¿Cuántos? _____

¿Bebe? SI NO / ¿Cuánto? _____

Paciente Mujer

¿Esta embarazada? SI NO

¿De cuantos meses? _____

¿Ha recibido problema radiante? SI NO

Otros (especificar) _____

Adjunta informe medico

Firma del paciente o tutor

Aclaración

DNI

Firma del Profesional



























Declaro que he contestado todas las preguntas son honestidad y según mi conocimiento. Asimismo he sido informado que los datos suministrados quedan reservados en la presente Historia Clínica y amparada en el Secreto Profesional.



























Si el paciente es menor de edad, discapacitado o inconciente una persona debe firmar por el. Debe aclarar la relación del firmante con el paciente y nombre.

APELLIDO Y NOMBRE _____

HC

--	--	--	--	--	--	--	--

18	17	16	15	14	13	12	11
							
							
48	47	46	45	44	43	42	41
		55	54	53	52	51	
							
							
		85	84	83	82	81	

21	22	23	24	25	26	27	28
							
							
31	32	33	34	35	36	37	38
61	62	63	64	65			
							
							
71	72	73	74	75			

Tiene dificultad para hablar ¿ _____
Para masticar? _____
Para abrir la boca? _____
Tiene movilidad en los dientes: _____

Le sangran las encías? _____
Sale pus de algun lugar de la boca? _____
Donde? _____
Estado de la Higiene bucal: _____

Estado de los tejidos blandos

Lengua _____ Labios _____ Estado gíngivo-periodontal _____
Carrillos _____ .Piso de boca _____ Cantidad de dientes _____
Presenta Sarro SI NO Enfermedad Periodontal _____

Firma del paciente o tutor

Aclaración

DNI

Firma del Profesional

APELLIDO Y NOMBRE _____

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:	Trabajos Realizados	Indicaciones	Firma
_____ _____ Próxima consulta: ___/___/___ Hora:	_____ _____ _____ _____	_____ _____ Entrega Receta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ Firma del Paciente _____ Firma del Profesional
_____ _____ Próxima consulta: ___/___/___ Hora:	_____ _____ _____ _____	_____ _____ Entrega Receta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ Firma del Paciente _____ Firma del Profesional
_____ _____ Próxima consulta: ___/___/___ Hora:	_____ _____ _____ _____	_____ _____ Entrega Receta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ Firma del Paciente _____ Firma del Profesional
_____ _____ Próxima consulta: ___/___/___ Hora:	_____ _____ _____ _____	_____ _____ Entrega Receta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ Firma del Paciente _____ Firma del Profesional
_____ _____ Próxima consulta: ___/___/___ Hora:	_____ _____ _____ _____	_____ _____ Entrega Receta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____ Firma del Paciente _____ Firma del Profesional