COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PROVINCIA DEL CHACO

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 ☐

Ulcera 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? SI ☐ NO ☐
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 ☐ 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? ……
……
……

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

COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PROVINCIA DEL CHACO

Ha observado algo anormal en los labios? ……
lengua? …….. paladar? …… piso de boca?……
carrillos? ,,,,,,, rebordes? …,,,,,…trígono…… retromolar?……..
Qué tipo de lesiones presenta:

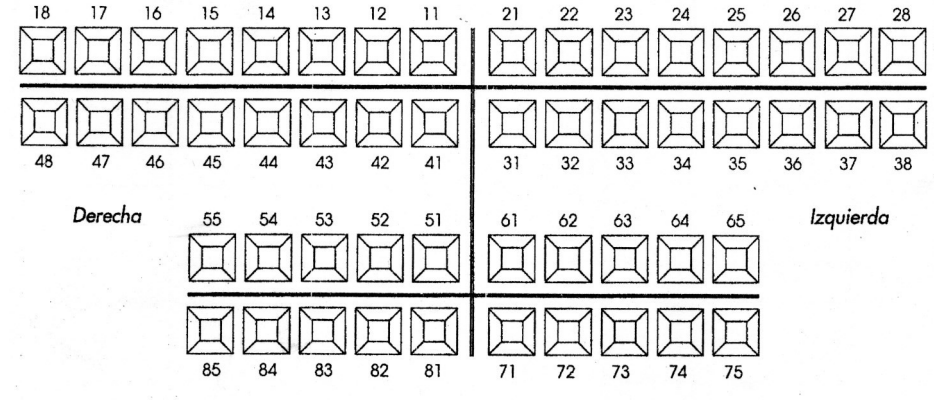
Manchas? SI ☐ NO ☐
Abultamiento de los tejidos? SI ☐ NO ☐
Ulceraciones? SI ☐ NO ☐
Ampollas? SI ☐ NO ☐
Otros: ……
……

Le sangran las encías? SI ☐ NO ☐
cuándo? .....

Sale pus de algún lugar de su boca? SI ☐ NO ☐
de dónde? ……
Tiene movilidad en sus dientes? SI ☐ NO ☐
al morder siente altos los dientes? ……..
Ha tenido la cara hinchada? SI ☐ NO ☐
Se puso hielo?.....calor?.....otros? ….....
Momentos de azúcar diario ……..
Indice de placa ……..

Estado de la higiene bucal:
Muy bueno ☐ Bueno ☐ Deficiente ☐ Malo ☐

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.*



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 Nº ……

Plan de tratamiento fecha: ……/……/…...

……
.
……
.
……
.
……
.

Continúa en Anexo Nº ……

Observaciones:

……
.
……
.
……
.
……
.

Continúa en Anexo Nº ……

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 Nº…… 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 Nº*