

HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA

DATOS DEL PACIENTE

CI. del Paciente	Nombres y Apellidos del paciente:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo: ☐ F ☐ M
Teléfonos:	e-mail:	Plan afiliado:	Fecha de Evaluación:	
CI. del Titular:	Nombres y Apellidos del Titular:	Empresa a la que pertenece:		

DATOS DEL ODONTÓLOGO

CI. del Odontólogo:	Nombres y Apellidos del Odontólogo:	Especialidad Odontológica:
Centro de Servicio:	Estado/Ciudad:	

MOTIVO DE LA CONSULTA

Clave de Diagnóstico:	Clave de Tratamiento Adicional:	Clave de Emergencia:
Clave de Especialista:	Clave Protésica:	

¿Es alérgico a algún medicamento y/o alimento? (Especifique) _____

ODONTODIAGRAMA:

EXAMEN CLÍNICO

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

MOTIVO DE LA CONSULTA:

DIAGNÓSTICO GENERAL:

PLAN DE TRATAMIENTO:

Tratamiento:	Dientes	Cant.	Tratamiento:	Dientes	Cant.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Yo, _____, declaro y manifiesto que he sido informado(a) y comprendo la necesidad y fines de ser atendido(a) por el profesional _____, y accedo a la realización del plan de tratamiento y medidas a tomar en función de mi beneficio.

REFERIDO A: ☐ Cirugía ☐ Endodoncia ☐ Ortodoncia ☐ Ortopedia ☐ Periodoncia ☐ Prótesis ☐ Radiología
☐ Otros (Especifique): _____