

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

HC: Fecha: Hora:

ANAMNESIS

FILIACIÓN:

Nombres del paciente: Edad: Sexo:

Lugar y fecha de nacimiento:

Dirección:

Procedencia: Ocupación:

Viajes en el último año:

Teléfono:

En caso de emergencia comunicarse a:

MOTIVO DE CONSULTA

.....
.....

ENFERMEDAD ACTUAL

.....
.....

Tiempo de enfermedad:

Signos y síntomas principales:

Relato cronológico:

Funciones biológicas:
.....
.....

ANTECEDENTES

Antecedentes familiares:
.....

.....
Antecedentes personales:

.....
.....
EXAMEN CLÍNICO

Signos Vitales. P.A.: Pulso: Temp.: F.C.: F. Resp.:

Examen clínico general:

.....
.....
Examen clínico odontoestomatológico:

.....
.....
DIAGNÓSTICO (CIE 10)

Diagnóstico presuntivo:

.....
.....
Diagnóstico definitivo:

.....
.....
PLAN DE TRATAMIENTO

PRONÓSTICO

TRATAMIENTO / RECOMENDACIONES

(Nombre genérico del medicamento, dosis, vía de administración, tiempo de administración, cuidados, medidas higiénico- dietéticas, preventivas)

CONTROL Y EVOLUCIÓN

ALTA DEL PACIENTE

Nombres y apellidos del profesional

Sello y firma