

FECHA:

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

NOMBRE:

EDAD:

FECHA NACIMIENTO:

DOMICILIO:

CIUDAD:

CODIGO POSTAL:

TELEFONO CASA:

CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:

OCUPACION:

ESTADO CIVIL:

ESTADO GENERAL DE SALUD

¿ESTA ACTUALMENTE BAJO ALGUN TRATAMIENTO MEDICO? SI NO

MEDICO TRATANTE: DIAGNOSTICO: MEDICAMENTOS:

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD SIGNIFICANTE EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI NO
ESPECIFIQUE:

¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGIA EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI NO
ESPECIFIQUE:

¿ALERGIAS A ALGUN MEDICAMENTO/ANTIBIOTICO? SI NO
ESPECIFIQUE

¿ALGUNA VEZ HA PADECIDO DE HEPATITIS? SI NO
ESPECIFIQUE

ASMA SI NO

PRESION ALTA SI NO

INFARTO SI NO

ANGINA DE PECHO SI NO

Cab dental

ARRITMIAS SI NO

FUMA SI NO

TOMA SI NO

DEFECTOS EN COAGULACION SI NO

TRANSFUCIONES SANGUINEAS SI NO

DIABETES SI NO

EPILEPSIA SI NO

¿ESTA EMBARAZADA? SI NO

HISTORIAL DENTAL

MOTIVO DE CONSULTA: _____

¿COMPLICACIONES CON ANESTESIA LOCAL EN BOCA? SI NO

¿HA TENIDO LESIONES EN CABEZA O CUELLO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? SI NO

ESPECIFIQUE:

¿LE GUSTA SU SONRISA? SI NO