

HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA



N° de AFILIADO

Documento N°

Fecha de Nacimiento

Apellido (Femenino Soltera y Casada)			Nombre		
Titular	SI O	NO O	Parentesco		
Domicilio					
Localidad		Código Postal		Teléfono	
Profesional					
Domicilio		Localidad		Teléfono	Código Prestador
Medico de Cabecera				Teléfono	
Responsable en caso de Urgencias				Teléfono	

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

Condiciones de Higiene

Salud

Alergia:

Diabetes:

Problemas Cardiacos:

Exámenes Tejidos Blandos:

Observaciones:

Referencias

- Color Rojo: Prestaciones Existentes
 - Color Azul: Prestaciones Requeridas
 - X Pieza Ausente Extracción
 - █ Caries / Restauración
 - Prótesis Fija
 - Protesis Removable o Corona
 - PM Perno Muñon o Poste
 - PD Enfermedad Periodontal
 - RX Radiografías
- Cantidad de Dientes Existentes

FECHA	TRATAMIENTO REALIZADO	CONFORMIDAD DEL AFILIADO

He conversado con el profesional sobre la naturaleza y propósito del tratamiento, posibles complicaciones, riesgos, alternativas y aceptación del mismo

Firma y Aclaración del

Fecha

Firma del Profesional