CEMA CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA by FIFA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA_____

Nombre del Paciente: _____

Domicilio_____Tel.:_____

Edad: _____ Sexo_____Ocupación_____

Dirección donde Trabaja: _____Tel.:_____

ANTECEDENTES

1).- HA SIDO ATENDIDO POR ALGUN DENTISTA_____ SI _____ NO _____
2).- HA TENIDO COMPLICACIONES CON ANESTESIA LOCAL_____ SI _____ NO_____
3).- ALERGICO A LA PENICILINA O ALGUN OTRO MEDICAMENTO _____SI _____ NO_____
¿A CUAL? _____
4).- PADECE ALGUNA ENFERMEDAD COMO:
A).- DIABETES B).- PROBLEMAS DE CORAZON C).- HEMOFILIA D).- CUALQUIER OTRA
¿CUAL?_____
5).- ESTA USTED BAJO DE TRATAMIENTO MEDICO _____ SI _____ NO _____
¿POR QUE?_____ _____
6).- ¿ESTA EMBARAZADA? _____ SI _____ NO _____
OBSERVACIONES: _____
RATIFICO LA VERACIDAD DE LOS DATOS ARRIBA ESCRITOS _____
FIRMA DEL PACIENTE

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
D															I
			E	D	C	B	A	A	B	C	D	E			
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

PRESUPUESTO

CEMA
CENTRO DE EXCELENCIA MÉDICA EN ALTURA by FIFA

HISTORIA CLÍNICA

FECHA	TRATAMIENTO	PROXIMA CITA	A/C		FIRMA