



HISTORIA DE EMERGENCIA

Fecha: _____

Nombre Del Paciente: _____ C.I.: _____

Dirección de Habitación: _____

Telf: _____

Nombre del Estudiante: _____

Tipo de Emergencia: _____

ENDODONTICA

PERIODONTAL

PROTÉSICA

OTRO

1. ¿Está bajo tratamiento médico? ¿Cuál? _____
2. ¿Está Tomando alguna medicina en este momento? ¿Cuál? _____
3. ¿Ha estado hospitalizado alguna vez? ¿Por qué? _____
4. ¿Sufre de Anémia u otro trastorno sanguíneo? ¿Cuál? _____
5. ¿Le han realizado transfusiones sanguíneas? _____
6. ¿Tiene problemas cardíacos? _____
7. ¿Sabe ud. cual es su presión sanguínea? _____
8. ¿Sabe ud. de ataques, convulsiones o desmayos? _____
9. ¿Es alérgico? ¿Ha tenido reacción ante el uso de los siguientes medicamentos:
Aspirina, Dipirona, Penicilinas, Todo? _____
10. ¿Ha experimentado alguna reacción anormal a la anestesia? _____

Diente a tratar: _____

Motivo de consulta: _____

Signos y Síntomas: _____

Pruebas de Vitalidad: _____

Estudio Radiográfico: _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento realizado: _____

Observaciones: _____

Calificación

Firma del Profesor: _____