



HISTORIA CLÍNICA - CIRUGÍA BUCAL

Fecha: ___/___/___

Apellidos y Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Raza: _____ Edo. Civil: _____ Cl: _____ Ocupación: _____
Lugar de nacimiento: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

ENFERMEDAD ACTUAL: _____

- Está actualmente bajo tratamiento médico: Sí ___ NO ___ ¿Por qué? _____
- Ha sido hospitalizado: Sí ___ NO ___ ¿Por qué? _____
- Cirugías: Sí ___ NO ___ ¿Por qué? _____
- Cardiovascular:
 - Se cansa con facilidad: Sí ___ NO ___
 - Dolor en el pecho: Sí ___ NO ___
 - Presenta edema en los miembros en la mañana: Sí ___ NO ___ Palpitaciones: Sí ___ NO ___
 - Presenta algún problema cardiovascular: Sí ___ NO ___
 - Hipertenso: ___ Hipotenso: ___ Fiebre reumática: Sí ___ NO ___ Está bajo tratamiento _____
- Alérgicos:
 - Es Ud. Alérgico a algo: Sí ___ NO ___
 - Ha sufrido o sufre de asma: Sí ___ NO ___
 - Ha reaccionado desfavorablemente a la anestesia: Sí ___ NO ___
- Nutricionales y metabólicas:
 - Anemia: Sí ___ NO ___ . -Ha perdido peso: Sí ___ NO ___ . Diabético: Sí ___ NO ___
 - Se levanta de noche a orinar: Sí ___ NO ___ -Sediento: Sí ___ NO ___
 - Fiebre frecuente: Sí ___ NO ___ . -Sufre de insomnio: Sí ___ NO ___
 - Apetito exagerado: Sí ___ NO ___
- Infecciosas:
 - Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual: Sí ___ NO ___ ¿Cuál? _____
 - Ha recibido alguna transfusión de sangre: Sí ___ NO ___
 - Hepatitis: Sí ___ NO ___ . - Tuberculosis: Sí ___ NO ___ . Enfermedad: _____
 - Ha tenido que tomar antibióticos por mucho tiempo: Sí ___ NO ___ ¿Por qué? _____
- Renales y gastrointestinales:
 - Diarreas frecuentes: Sí ___ NO ___ . Úlceras: Sí ___ NO ___ . Acidez frecuente: Sí ___ NO ___
 - Cálculo renal: Sí ___ NO ___
- Neurológico:
 - Convulsiones: Sí ___ NO ___
 - Dolores de cabeza frecuentes: Sí ___ NO ___ . Problemas visuales: Sí ___ NO ___
 - Se altera fácilmente: Sí ___ NO ___ . parálisis facial: Sí ___ NO ___ . Traumas: Sí ___ NO ___
- Femeninos:E:
 - Menstruación: Re. ___ Irre. ___ . Duración: _____ Menopausia: Sí ___ NO ___
 - Embarazos: Partos: ___ Abortos: ___ Fecha última regla: _____
 - Toma pastillas anticonceptivas: _____

➤ Hematológicos:

- Ha sufrido de hemorragias: Sí ___ No ___
- Presenta hematomas con facilidad: Sí ___ NO ___
- Ha sangrado espontáneamente: Sí ___ NO ___

E

- Alcohol: Sí ___ NO ___ Frecuencia: _____ Fuma: Sí ___ NO ___ Cuanto: _____
- Alguna vez ha usado alguna droga: Sí ___ NO ___ ¿Cuál? _____
- Está tomando algún medicamento actualmente: SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____
- Ha tenido fractura o accidente: Sí ___ NO ___

ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

EXÁMEN CLÍNICO:

- T.A. : Sist. _____ Diast. _____ Pulso: _____ p/min. Respiración: _____ resp./min. _____
- Ganglios: Palpables: Sí ___ NO ___ Describir: _____
- Cavidad bucal:
 - Labios: _____
 - Frenillos labiales: _____
 - Vestíbulo: _____
 - Mucosa palatina: _____
 - Lengua: _____
 - Encías: _____
- Dientes: _____
- ATM: _____

EXÁMEN

RADIOGRÁFICO: _____

EXÁMEN DE LABORATORIO: _____

DIAGNÓSTICO: (P). (D). _____

TRATAMIENTO: _____

NOTA OPERATORIA: _____

OBSERVACIONES: _____



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FIRMA: _____
NOMBRE ESTUDIANTE: _____ FIRMA: _____
NOMBRE DEL DOCENTE: _____ FIRMA: _____

HISTORIA CLÍNICA CIRUGÍA BUCAL

Apellidos y Nombres: _____

EVOLUCIÓN: _____ **FECHA:** ____/____/____

T.A.: Máx _____ Mín _____ Pulso: _____ p/min. Respiración _____ resp./min

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FIRMA:** _____
NOMBRE DEL DOCENTE: _____ **FIRMA:** _____

FECHA: ____/____/____

T.A.: Máx _____ Mín _____ Pulso: _____ p/min. Respiración _____ resp./min

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FIRMA:** _____
NOMBRE DEL DOCENTE: _____ **FIRMA:** _____

FECHA: ____/____/____

T.A.: Máx _____ Mín _____ Pulso: _____ p/min. Respiración _____ resp./min
