

# HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

APELLIDOS														
NOMBRES														

NÚMERO DE DOCUMENTO					EDAD					SI ES EXTRANJERO, PAIS				
---------------------	--	--	--	--	------	--	--	--	--	------------------------	--	--	--	--

SEXO: <b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		FECHA DE NACIMIENTO: <b>DÍA</b>			<b>MES</b>			<b>AÑO</b>		
------------------------	--	-----------------	--	---------------------------------	--	--	------------	--	--	------------	--	--

MAIL					CELULAR				
------	--	--	--	--	---------	--	--	--	--

## DATOS DE DOMICILIO

CALLE										NÚMERO				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	--	--	--

PISO		DEPTO.			LOCALIDAD									
------	--	--------	--	--	-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ESTABLECIMIENTO														
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OBRA SOCIAL														
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DERECHA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	IZQUIERDA
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

## REFERENCIAS

- Azul** Prestaciones a realizar
  - Rojo** Prestaciones realizadas
  - X (azul)** Pieza no erupcionada
  - X (roja)** Pieza ausente
  - = (azul)** Extracción
- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prótesis Fija            | Prótesis Removible       | Corona                   |

## ÍNDICE

C	P	O	CPOD
<b>c</b>	<b>e</b>	<b>o</b>	<b>ceod</b>

TEJIDOS BLANDOS														

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos, como así también tomar fotografías e imágenes. Entiendo y he sido informado sobre los propósitos del tratamiento y posibles complicaciones y/o riesgos, aceptando asimismo su realización. Autorizo la utilización de datos epidemiológicos (índice).

.....	.....	.....
FIRMA	ACLARACIÓN	DNI