



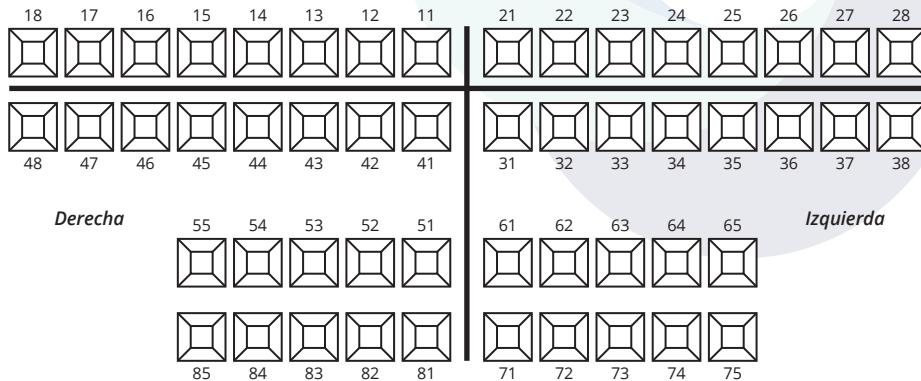
Ha observado algo anormal en los labios?.....  
 Lengua?..... Paladar?..... Piso de boca?.....  
 Carrillos?..... Rebordes?..... Trígono..... Tromolar?.....  
 Qué tipo de lesiones presenta:  
 Manchas? SI  NO   
 Abultamiento de los tejidos? SI  NO   
 Ulceraciones? SI  NO   
 Ampollas? SI  NO   
 Otros: .....  
 Le sangran las encías? SI  NO   
 cuándo?.....

Sale pus de algún lugar de su boca? SI  NO   
 de dónde?.....  
 Tiene movilidad en sus dientes? SI  NO   
 Al morder siente altos los dientes?.....  
 Ha tenido la cara hinchada? SI  NO   
 Se puso hielo?..... Calor?..... otros?.....  
 Momentos de azúcar diario?.....  
 Índice de placa?.....

Estado de la higiene bucal:  
 Muy bueno  Bueno  Deficiente  Malo

*El tiempo estipulado para la realización de los tratamientos dependerá de la evolución de cada caso clínico y sus tiempos de laboratorio con criterio profesional, sin derecho a reclamo alguno por parte del paciente.*

*Declaro que he contestado todas las preguntas con honestidad y según mi conocimiento. Asimismo, he sido informado que los datos suministrados quedan reservados en la presente **Historia Clínica** y amparados en secreto profesional.*



#### REFERENCIAS

COLOR ROJO Prestaciones existentes

COLOR AZUL Prestaciones requeridas

X Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA

PROTESIS REMOVIBLE

CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES EXISTENTES

**Estado bucal general:** Presencia de sarro SI  NO

Enfermedad Periodontal SI  NO

#### Diagnóstico presuntivo

.....  
 .....  
 .....

Continúa en Anexo N° .....

**Plan de tratamiento** fecha: ...../...../.....

.....  
 .....  
 .....

Continúa en Anexo N° .....

#### Observaciones:

.....  
 .....  
 .....

Continúa en Anexo N° .....

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en el lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con el tratamiento que se me va a realizar.

El/la que suscribe ..... DNI N° ..... con domicilio en calle.....

otorgo mi consentimiento para realizar el tratamiento necesario para rehabilitar mi salud bucodental propuesta por el/la Dr/a MP .....

*Firma del paciente o tutor*

*Aclaración*

*DNI N°*