



HISTORIA CLÍNICA

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Sexo: F M Edad: _____
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) (años)

No. de Boleta: _____ CURP: _____

Domicilio: _____
 Calle No. Ext. No. Int. Colonia/Localidad Municipio/Alcaldía CP

Teléfono (casa y/o celular): _____ Email: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Tipo de Sangre: _____
 Día Mes Año

No de Seguridad Social: _____ UMF Correspondiente: _____

EN CASO DE CONTAR CON OTRO SERVICIO DE DERECHOHABIENTA ESPECIFIQUE: ISSSTE ____ ISEMYM ____ OTRO ____ NINGUNO ____

¿Cuánto pesas? _____ kg ¿Cuánto mides? _____ m

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES:

Abuelos - Padecimientos crónicos: Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Padres - Padecimientos crónicos: Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Hermanos/Hijos - Padecimientos crónicos: Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

Enfermedades actuales de importancia: _____

Medicación actual (Permanente): _____

Cirugías: Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Alergias: Sí ____ No ____ ¿Cuáles? _____

Transfusiones: Sí ____ No ____ Fumas: Sí ____ No ____ ¿Cuántos? _____

Ingieres bebidas alcohólicas: Sí ____ No ____ ¿Cuánto? _____ Frecuencia: _____

Fecha: Ciudad de México a ____ de _____ del 20____

 NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

 NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO



CUESTIONARIO BUCAL

Número de Boleta: _____ Grupo: _____

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Sexo: F M

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ CURP: _____
 día mes año

Domicilio: _____
 Calle No. Ext. No. Int. Colonia/Localidad Municipio CP

Teléfono (casa y/o celular): _____ Email: _____

No. de Seguridad Social: _____ UMF Correspondiente: _____

Tipo de Sangre: _____ Alergias: _____

1. ¿Cuántas veces al año acudes a revisión o tratamiento dental? _____
2. ¿Sabes si tienes caries en alguna pieza dental? _____
3. ¿Te han realizado tratamiento con amalgama o resina en alguna pieza dental? _____
4. ¿Cuándo te cepillas tus dientes te sangran las encías(boca)? _____
5. ¿Con qué frecuencia te han realizado limpieza dental (profilaxis)? _____
6. ¿Te han extraído (sacado) piezas dentales permanentes o terceros molares? _____
7. ¿Tienes terceras Molares (muelas del juicio)? _____
8. ¿Estás en tratamiento de Ortodoncia (braquets)? _____
9. ¿Tienes apiñonamiento dental (dientes encimados o amontonados) o fuera de lugar? _____
10. ¿Usas prótesis removible (puente removible) dental? _____
11. ¿Usas prótesis fija (coronas y/o Jaquets) dental? _____
12. Otros: _____

Fecha: Ciudad de México a ____ de _____ del 20____

 NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO

 NOMBRE Y FIRMA DEL DENTISTA