



HISTORIA CLÍNICA

(Para los códigos 05.04 – 08.01-08.03-08.04)



ODONTOLOGO:.....MP N°: OBRA SOCIAL:.....

PACIENTE:..... FECHA:/...../.....

	Fisioterapia oral:		SI	NO
	Tipo de cepillo:			
	¿Se le indicó elementos interdentarios?			
	¿Cuáles?			
	Tipo de medicación:			
	Ingiere comidas o bebidas azucaradas durante:			
	Desayuno:			
	Intermedio:			
	Almuerzo:			
	Intermedio:			
	Mediatarde:			
	Cena:			
	Intermedio:			
	Consejo de dietas:			
¿Cuales?				
Firma/aclaración del paciente o tutor	Firma profesional	El paciente se compromete a concurrir a los controles post-tratamientos cada 4 meses con la finalidad de preservar el éxito del mismo.		