Tapella
Salud & Estética Dental

Ficha de antecedentes de salud

En Buenos Aires, a los..... días del mes de ..... de .....

PACIENTE (Nombre y Apellido).....

Tipo de documento..... Nº..... Fecha de nacimiento..... Edad..... Sexo.....

Grupo sanguíneo..... Factor RH..... Obra social/Prepaga..... Número de afiliado.....

Domicilio..... Localidad.....Tel.....

Marque con una cruz la opción que corresponda	SÍ	NO
Problemas cardíacos		
Hipertensión (Presión alta)		
Hipotensión (Presión baja)		
Asma bronquial		
Pérdida de conciencia		
Convulsiones		
Traumatismo de cráneo		
Alteraciones sanguíneas En caso afirmativo indique cuál: ¿Toma medicación para este problema? ¿Cuál?		
Diabetes En caso afirmativo indique el tipo:		
Ha sufrido alguna vez: Desmayos		
Mareos		
Dolor en el pecho		
Cansancio excesivo		
Palpitaciones		
Dificultad para respirar		
Está embarazada o cree estarlo Indique el mes de embarazo:		
Afecciones visuales / auditivas En caso afirmativo indique cuál:		
Problemas óseos y/o articulares		
Cirugías En caso afirmativo indique cuál:		
Internaciones		
Alergias en general		
Alergia a algún medicamento En caso afirmativo indique cuál:		
Tuvo COVID		
Tuvo DENGUE		

Tapella
Salud & Estética Dental

Marque con una cruz la opción que corresponda	SÍ	NO
Alteraciones endócrinas En caso afirmativo indique cuál:		
Enfermedades infecciosas en los últimos 2 meses. En caso afirmativo indique cuál:		
Es portador de HIV		
Falta o mal funcionamiento de algún órgano par (ej: riñón) En caso afirmativo indique cuál:		
Toma medicación habitualmente En caso afirmativo indique cuál:		
Concurre al odontólogo regularmente		
Tuvo algún traumatismo dentario En caso afirmativo indique cuál:		
Tuvo alguna cirugía ortognática En caso afirmativo indique cuál:		
Tuvo tratamiento de ortodoncia ¿A qué edad? ¿Durante cuánto tiempo?		

Observaciones. Escriba algún comentario de su salud que considere importante para el profesional actuante.

Motivo de la consulta

Por la presente declaro que, dentro de mis conocimientos y de acuerdo con las preguntas planteadas, mis respuestas son veraces.
Los datos consignados en la presente historia clínica tienen carácter de declaración jurada y me comprometo a mantenerlos actualizados y notificar al profesional tratante en caso de que exista alguna modificación.

El que suscribe..... DNI.....
Otorgo mi consentimiento para la atención odontológica propuesta por el/a Dr/a .....
Habiendo entendido las explicaciones recibidas.
Fecha: .....

Firma del paciente

Firma del profesional