



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLÍNICA DE ENSEÑANZA**

Culiacán de Rosales, Sinaloa a _____ de _____ de 201__

**HISTORIA CLÍNICA DE
SEMINARIO DE INTEGRAL**

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Ocupación _____ TEL _____
 Domicilio _____

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cardiopatías	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hipotensión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de alergia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sida	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Se encuentra embarazada? Si No

En caso afirmativo ¿En que trimestre se encuentra?

Primero Segundo Tercero

¿Actualmente esta tomando algún medicamento? Si No

En caso afirmativo ¿Cuál? _____

Presión arterial _____ Pulso _____

Temperatura _____

Diagnóstico médico _____

Anestésico indicado _____

Firma del alumno

Firma del paciente

Firma del medico de guardia

