



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

CLÍNICA DE ENSEÑANZA

Culiacán, Sinaloa, Rosales a _____ de _____ de 20__.

**HISTORIA CLÍNICA DE
SERVICIO SOCIAL**

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Ocupación _____ Tel _____
 Domicilio _____ Fecha _____

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

*Diabetes	() Si () No
*Cardiopatías	() Si () No
*Hipertensión	() Si () No
*Hipotensión	() Si () No
*Convulsiones	() Si () No
*Artritis	() Si () No
*Problemas de alergia	() Si () No
*Problemas hemorrágicos	() Si () No
*Hepatitis	() Si () No
*Sida	() Si () No
*Tuberculosis	() Si () 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 _____

Diagnostico medico _____

Anestésico indicado _____

Firma del pasante

Firma del paciente

