

Antecedentes Patológicos

Observaciones/En caso afirmativo especifique la patología o condición

- Sí No Ns/Nc Enfermedades cardíacas _____
- Sí No Ns/Nc Presión arterial elevada _____
- Sí No Ns/Nc Diabetes _____
- Sí No Ns/Nc Patología tiroidea _____
- Sí No Ns/Nc Asma bronquial _____
- Sí No Ns/Nc Alergias _____
- Sí No Ns/Nc Otitis/sinusitis a repetición _____
- Sí No Ns/Nc Problemas visuales _____
- Sí No Ns/Nc Problemas de piel _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedad celíaca _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedades digestivas _____
- Sí No Ns/Nc Problemas traumatológicos u ortopédicos (fracturas, luxaciones, escoliosis, etc.) _____
- Sí No Ns/Nc Epilepsia _____
- Sí No Ns/Nc Enfermedades de transmisión sexual _____
- Sí No Ns/Nc Cefaleas/migrañas _____
- Sí No Ns/Nc Cirugías _____
- Sí No Ns/Nc Internaciones _____
- Sí No Ns/Nc Transfusiones _____
- Sí No Ns/Nc Medicación habitual (indicar si usa anticonceptivos hormonales) _____
- Sí No Ns/Nc Otra patología no mencionada anteriormente _____

Antecedentes heredofamiliares (abuelos/as–padres/madres–hermanos/as biológicos)

- Sí No Ns/Nc Hipertensión arterial
- Sí No Ns/Nc Infarto de miocardio
- Sí No Ns/Nc Muerte súbita de un familiar directo menor de 50 años
- Sí No Ns/Nc Accidente cerebrovascular (ACV)
- Sí No Ns/Nc Diabetes mellitus
- Sí No Ns/Nc Obesidad
- Sí No Ns/Nc Patología tiroidea
- Sí No Ns/Nc Enfermedades autoinmunes
- Sí No Ns/Nc Celiaquía
- Sí No Ns/Nc Cáncer (en caso afirmativo) ¿Cuál/es? _____
- Sí No Ns/Nc Depresión/otros trastornos mentales
- Sí No Ns/Nc Tabaquismo
- Sí No Ns/Nc Tuberculosis

Inmunizaciones

- Sí No Ns/Nc Doble viral/tripe viral
- Sí No Ns/Nc Doble bacteriana (con última dosis hace menos de 10 años)
- Sí No Ns/Nc DPTA
- Sí No Ns/Nc Hepatitis B
- Sí No Ns/Nc HPV
- Sí No Ns/Nc Neumo 13

Vacunas especiales (grupos de riesgo u otros)

- Sí No Ns/Nc Gripe
- Sí No Ns/Nc COVID 19 (indicar número de dosis): _____
- Sí No No Constatado Carnet de vacunación completo

Examen físico

Tensión arterial: _____ / _____ (MMHG)

Frecuencia cardíaca: _____

Peso (kg): _____

Talla (cm): _____

IMC (kg/m^2): _____

Observaciones

Normal Alterado Piel y faneras _____

Normal Alterado Examen cardiovascular _____

Normal Alterado Abdomen _____

Normal Alterado Sistema músculo esquelético _____

Normal Alterado Columna (Maniobra de Adams) _____

Normal Alterado Examen urogenital _____

Normal Alterado Examen neurológico _____

Evaluación auditiva

Hipoacusia Acufenos Vértigo/inestabilidad Otagia Otorrea

Otoscopia: Normal Alterado

Evaluación Orofaringea

Sin alteraciones Amígdalas hipertrofiadas Epistaxis recurrentes

Hipertrofia de cornetes

Evaluación visual

¿Usas anteojos y/o lentes de contacto? Sí No

SIN CORRECCIÓN

Ojo derecho _____ / 10

Ojo izquierdo _ / 10

CON CORRECCIÓN O AGUJERO

Ojo derecho _____ / 10

Ojo izquierdo _ / 10

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

No tengo sugerencias

Se sugiere derivación (indicar especialidad) _____

Otras consideraciones: _____

Firma Profesional: _____

Fecha: . / ____ / ____

Examen odontológico (para ser llenado por odontólogo/a)

¿Cuándo fue tu último control odontológico?

- en el último año
 hace más de un año
 no sabe, no contesta

¿Algún/a odontólogo/a te ha explicado cómo cepillarte correctamente tus dientes?

- si
 no
 no sabe, no contesta

¿Con qué frecuencia te cepillás los dientes?

- 1 vez/día
 2 - 3 veces/día
 no sabe, no contesta

¿Consumís bebidas o alimentos azucarados?

- todos los días
 más de 3 veces a la semana
 -menos de 3 veces a la semana
 no sabe, no contesta

¿Tus encías sangran al cepillarte?

- si
 no
 no sabe, no contesta

¿Rechinás o apretás tus dientes, de día o de noche (bruxismo)?

- si
 no
 no sabe, no contesta

Dentario (llenar odontograma)

18	17	16	15	14	13	12	11
Der							
48	47	46	45	44	43	42	41

21	22	23	24	25	26	27	28
Lingual							
31	32	33	34	35	36	37	38

55	54	53	52	51
Der				
85	84	83	82	81

61	62	63	64	65
Lingual				
71	72	73	74	75

Indices (completa)

C	E	Ei	O	TP	CPOD

c	ei	o	tt	ceo

Examen de tejidos blancos

Intraoral. Presenta alguna lesión en:

Ubicación y características clínicas

- Sí No Labios _____
- Sí No Carrillos/Mucosa yugal _____
- Sí No Paladar duro y blando _____
- Sí No Piso de boca _____
- Sí No Orofaringe (amígdalas/etc.) _____

Extraoral

Ubicación y características clínicas

- Sí No ¿Presenta ganglios palpables y dolorosos en la cabeza y cuello? _____
- Sí No ¿Presenta sintomatología en glándulas salivales? _____

ATM

Ubicación y características clínicas

- Sí No ¿Presenta ruidos y/o saltos en ATM? _____

Según examen realizado en el día de la fecha *Marque con una cruz y complete*

- No tengo sugerencias
- Se sugiere derivación (indicar especialidad) _____

Otras consideraciones: _____

Firma Profesional: _____

Fecha: ____ / ____ / ____