

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA  
CISALUD – UNIDAD VALLE DE LAS PALMAS  
HISTORIA CLINICA PERIODONTAL**



**DATOS DEL PACIENTE:**

No. EXP. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Tel: (Casa) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ALUMNO:**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ . Semestre: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS:** (especifique condición médica)

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

Cardiacos	
Alergias	
Diabetes	
Respiratorios	
Anticoagulantes	
Gástricos	
Fumador	
Otros	

**SIGNOS VITALES**

T/A	
Pulso	
Resp. x minuto	
Glucosa en sangre	

**EXAMEN DE CAVIDAD ORAL**

**ENCIA:**

Color: Rosa coral ( ) Roja ( ) Otro ( )      Forma: Filo de cuchillo ( ) Redondeada ( )

Otros: \_\_\_\_\_

Textura: Localizado ( ) Generalizado ( ) Manchas Melánicas: Presentes ( ) Ausentes ( )

**MUCOSAS:**

Carrillos: Color \_\_\_\_\_ Línea alba oclusal ( ) Mordisqueo ( )

Lengua: Saburra ( ) Fisurada ( ) Geográfica ( )

Paladar duro/Blando: Torus ( ) Irritaciones ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Piso de Boca: Color \_\_\_\_\_ Agrandamiento ( ) Torus ( ) Frenillos: Anomalías ( )

**NOTA:** \_\_\_\_\_

**INTERPRETACION RADIOGRAFICA (Anomalías)**

Cuadrante I: \_\_\_\_\_

Cuadrante II: \_\_\_\_\_

Cuadrante III: \_\_\_\_\_

Cuadrante IV: \_\_\_\_\_

