



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
COORDINACIÓN DE CLÍNICAS PERIFÉRICAS**



HISTORIA CLÍNICA DE URGENCIAS

CLÍNICA PERIFÉRICA _____ TURNO MAT VESP

FECHA: _____ No. DE EXP. _____

NOMBRE. _____ M_ F_

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)	EDAD AÑOS	SEXO
------------------	---------	------------	-----------	------

DIRECCIÓN. _____

CALLE	No.	COLONIA	C.P.	DEL. O MPO.
-------	-----	---------	------	-------------

LUGAR DE PROCEDENCIA _____ OCUPACIÓN _____

TEL. _____ INTERROGATORIO DIRECTO INDIRECTO

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO ¿CUÁL? Y POR QUÉ MOTIVO :

¿HA PRESENTADO SANGRADO POR MAS DE 5 MIN. EN EXTRACCIONES DENTALES, CIRUGÍAS O TRAUMATISMOS?

¿HA SIDO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS? SI NO

MOTIVO Y CÓMO EVOLUCIONO:

¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS? SI NO FECHA _____

ESTÁ EMBARAZADA _____ ESTÁ LACTANDO _____ ABORTOS ___ No ___ FUR _____

MENOPAUSIA _____ OTROS _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES. (Padres, hermanos, abuelos y colaterales en línea directa)

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (Diabetes, Alergias, Cardiopatías, Hemorrágicos, Hipertensión, Convulsiones, Hepatitis, Alcoholismo, Uso de drogas,).

SIGNOS VITALES: T.A. BRAZO IZQ. _____ mm.Hg T.A. BRAZO DER. _____ mm.Hg PULSO _____ X min.

FRECUENCIA RESPIRATORIA _____ X min. TALLA _____ cm PESO _____ kg.

ESTUDIO RADIOGRÁFICO. (OBSERVACIONES Y DIAGNÓSTICO)

DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO Y SISTÉMICO PARA EVALUAR SU PLAN DE TRATAMIENTO: _____

TRATAMIENTO INDICADO DE URGENCIA.

MANIFIESTO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO EN RELACIÓN A MI URGENCIA ODONTOLÓGICA Y ESTADO DE SALUD GENERAL SON VERÍDICOS.

**NOMBRE, FIRMA Y No. CTA.
ALUMNO**

**NOMBRE, FIRMA Y CLAVE
PROFESOR**

NOMBRE Y FIRMA PACIENTE O TUTOR

NOTA DE EVOLUCIÓN:

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESOR RESPONSABLE.

DESPUÉS DE HABERME REALIZADO EL TRATAMIENTO DE URGENCIA POR LA QUE ASISTÍ A ESTA CLÍNICA, SÉ QUE PUEDE HABER COMPLICACIONES POR LO QUE ACUDIRÉ A REVISIÓN, PARA SU SOLUCIÓN Y EN CASO DE QUE QUIERA CONTINUAR COMO PACIENTE TENDRÉ QUE SEGUIR EL PROCEDIMIENTO DE ADMISIÓN DE LA MISMA.

NOMBRE Y FIRMA DE CONFORMIDAD DEL TRATAMIENTO REALIZADO.

PACIENTE: _____