**ALINEAMAX**

**Historia clínica complementaria a la general**

Paciente: ……………………………………………………………………………………………………………………

Doctor: ……………………………………………………………………………cel…………………………………..

1. Motivo de consulta con palabras del paciente. Desarrollar.

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

1. Tuvo tratamiento previo de ortodoncia, cuanto tiempo, con que aparato, etc

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

1. Presenta recidiva del tratamiento anterior…………………………………………………………
2. Forma dentaria: cuadrada – triangular- ovoidal.
3. Color dentario……………………… Esta conforme con su color………………………………..
4. Posee o no sensibilidad dental…………………………
5. Acepta la realización de stripping de ser necesario…………………………………………….
6. Cual considera usted que es el nivel de exigencia estética de ese paciente del 1 al 10 siendo 10 muy exigente……………….
7. Como clasifica su higiene dental habitual: excelente -buena -regular- mala
8. Recibió tratamiento periodontal. Desarrollar……………………………………………………………
9. Considera que es un paciente responsable con el uso de la placa……..
10. Posee alergia algún alimento medicamento o sustancia: ……………………………………..
11. En caso de embarazo aclarar fecha probable de parto……………………………………………
12. Observaciones importantes de la historia clínica general: enfermedades cardiacas, enfermedades endocrinas, hereditarias, sanguíneas , respiratorias, etc

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….