

A. DATOS DE ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

| | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------------|-------------------|-------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO | No. HOJA | | | |
| PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE | SEXO | EDAD | | | |
| | | | | | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) | | | |
| | | | | | H | D | M | A |

| | | | | | |
|-----------------------|--|--|------------|----|----|
| B. MOTIVO DE CONSULTA | | | EMBARAZADA | SI | NO |
|-----------------------|--|--|------------|----|----|

| | | | | | |
|----------------------|--|--|--|--|--|
| C. ENFERMEDAD ACTUAL | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

D. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

| | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------------|----------------|---------------|-----------------|---------|-------------|--------------------------|------------------|----------|
| 1. ALERGIA ANTIBIÓTICO | 2. ALERGIA ANESTESIA | 3. HEMORRAGIAS | 4. VIH / SIDA | 5. TUBERCULOSIS | 6. ASMA | 7. DIABETES | 8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 9. ENF. CARDIACA | 10. OTRO |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

E. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES

| | | | | | | | | | |
|----------------|--------------------------|---------------------|-------------------------|-----------|-----------------|----------------|--------------------|------------------|----------|
| 1. CARDIOPATÍA | 2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL | 3. ENF. C. VASCULAR | 4. ENDÓCRINO METABÓLICO | 5. CÁNCER | 6. TUBERCULOSIS | 7. ENF. MENTAL | 8. ENF. INFECCIOSA | 9. MAL FORMACIÓN | 10. OTRO |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

F. CONSTANTES VITALES

| | | | |
|----------------|--------------|--------------------------------|-------------------------|
| TEMPERATURA °C | PULSO / min. | FRECUENCIA RESPIRATORIA / min. | PRESIÓN ARTERIAL (mmHg) |
|----------------|--------------|--------------------------------|-------------------------|

G. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|--------------------|------------------------|--------------|-----------|--|--|--|--|--|--|
| DESCRIBIR LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA REGISTRANDO EL NÚMERO | | | | | | | | | | | | |
| 1. LABIOS | 3. MAXILAR SUPERIOR | 5. LENGUA | 7. PISO DE LA BOCA | 9. GLÁNDULAS SALIVALES | 11. A. T. M. | 13. OTROS | | | | | | |
| 2. MEJILLAS | 4. MAXILAR INFERIOR | 6. PALADAR | 8. CARRILLOS | 10. ORO FARINGE | 12. GANGLIOS | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

H. ODONTOGRAMA

PINTAR CON: AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO Y ROJO PARA PATOLOGÍA ACTUAL
MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR (1, 2, 3 ó 4), SI APLICA

I. INDICADORES DE SALUD BUCAL

| HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA | | | | ENFERMEDAD PERIODONTAL | TIPOS DE OCLUSIÓN | NIVEL DE FLUOROSIS |
|----------------------------|-----------------|-----------------|------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| PIEZAS DENTALES EXAMINADAS | PLACA | CÁLCULO | GINGIVITIS | LEVE | ANGLE I | LEVE |
| | 0 - 1 - 2 - 3 - | 0 - 1 - 2 - 3 - | 0 - 1 | MODERADA | ANGLE II | MODERADA |
| | | | | SEVERA | ANGLE III | SEVERA |
| 16 | 17 | 55 | | | | |
| 11 | 21 | 51 | | | | |
| 26 | 27 | 65 | | | | |
| 36 | 37 | 75 | | | | |
| 31 | 41 | 71 | | | | |
| 46 | 47 | 85 | | | | |
| TOTALES | | | | | | |

J. ÍNDICES CPO-ceo

| | | | | |
|---|---|---|---|-------|
| D | C | P | O | TOTAL |
| d | c | e | o | TOTAL |

K. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

| | | | | | | | |
|--------|---------------------|-------|-----------------------------|--------|-------------------------|-------|------------------------------|
| *rojo | SELLANTE NECESARIO | ⊗ | PÉRDIDA (OTRA CAUSA) | ≡ | PRÓTESIS TOTAL INDICADA | ≡ | PRÓTESIS TOTAL REALIZADA |
| *azul | SELLANTE REALIZADO | △ | ENDODONCIA POR REALIZAR | ⊠ | CORONA INDICADA | ⊠ | CORONA REALIZADA |
| X rojo | EXTRACCIÓN INDICADA | △ | ENDODONCIA REALIZADA | ⊠ | OBTURADO | □--□ | PRÓTESIS FIJA REALIZADA |
| X azul | PÉRDIDA POR CARIES | □--□ | PRÓTESIS REMOVIBLE INDICADA | ○ rojo | CARIES | (---) | PRÓTESIS REMOVIBLE REALIZADA |
| | | (---) | | A | AUSENTE | | |

| L. PEDIDO DE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS | |
|---------------------------------------|--|
| | |
| | |

| M. INFORME DE EXÁMENES | | | | |
|------------------------|-------------------|-----------|-------|--|
| BIOMETRIA | QUIMICA SANGUINEA | RAYOS - X | OTROS | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| N. DIAGNÓSTICO | | PRE= PRESUNTIVO | DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF | | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|-----------------|-----------------|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1. | | | | | | | 4. | | | |
| 2. | | | | | | | 5. | | | |
| 3. | | | | | | | 6. | | | |

| O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE | | | | |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA DE APERTURA (aaaa-mm-dd) | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| | | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA | SELLO | | |
| | | | | |

| P. TRATAMIENTO | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| No. DE SESIÓN Y FECHA | DIAGNOSTICOS Y COMPLICACIONES | PROCEDIMIENTOS | PRESCRIPCIONES | FIRMA Y SELLO |
| No. SESIÓN | | | | FIRMA |
| | | | | |
| FECHA | | | | SELLO |
| | | | | |
| No. SESIÓN | | | | FIRMA |
| | | | | |
| FECHA | | | | SELLO |
| | | | | |
| No. SESIÓN | | | | FIRMA |
| | | | | |
| FECHA | | | | SELLO |
| | | | | |
| No. SESIÓN | | | | FIRMA |
| | | | | |
| FECHA | | | | SELLO |
| | | | | |
| No. SESIÓN | | | | FIRMA |
| | | | | |
| FECHA | | | | SELLO |
| | | | | |