

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
CLÍNICA DE ENSEÑANZA COMUNITARIA

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

N° Historia _____

Culiacán Sinaloa, Rosales a _____ de _____ de 20 _____

NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL. _____ E-Mail: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ PROCEDENCIA _____ OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ PRESIÓN ARTERIAL: _____

ALTURA: _____ PESO: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

OBSERVACIONES

- | | | | |
|--|----|----|-------|
| 1. ¿Está o estuvo en los últimos 12 meses bajo Tx médico? | SI | NO | _____ |
| 2. ¿Padece de alergia o reacción de sensibilidad conocida? | SI | NO | _____ |
| 3. ¿Tuvo alguna vez una reacción desfavorable con los anestésicos locales? | SI | NO | _____ |
| 4. ¿Tiene o tuvo algún padecimiento quirúrgico o infeccioso? | SI | NO | _____ |
| 5. ¿Es usted propenso a hemorragia? | SI | NO | _____ |
| 6. ¿Atención Odontológica en los últimos 6 meses? | SI | NO | _____ |
| 7. ¿Problemas de coagulación? | SI | NO | _____ |
| 8. ¿Adicciones o Hábitos? | SI | NO | _____ |
| 9. ¿Actualmente está tomando algún medicamento? | | | |
| ¿Cuál? _____ | | | |

ÚNICAMENTE MUJERES:

Frecuencia de la menstruación:	Fecha del último periodo	Embarazada	Trimestre en que se encuentra	Amamantando

¿PADECIMIENTO DE ALGUNA(S) DE ESTAS ENFERMEDADES?

Trastornos Cardíacos ()	Asma ()	Diabetes ()
Infarto al Miocardio ()	Dificultad Respiratoria ()	Artritis ()
Soplos Cardíacos ()	Tuberculosis ()	Apoplejia ()
Hipertensión Arterial ()	Bronquitis ()	Epilepsia ()
Hipotensión Arterial ()	Hepatitis ()	Convulsiones ()
Sinusitis ()	Cirrosis ()	Hipertiroidismo ()
Tto. Psiquiátrico ()	Anemia ()	Hipotiroidismo ()
Depresiones ()	Leucemia ()	Sida ()
Ictericia ()	Gastritis ()	Etc ()

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

Anestésico Indicado: _____

Dosis por kilogramo de peso en cartuchos: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR

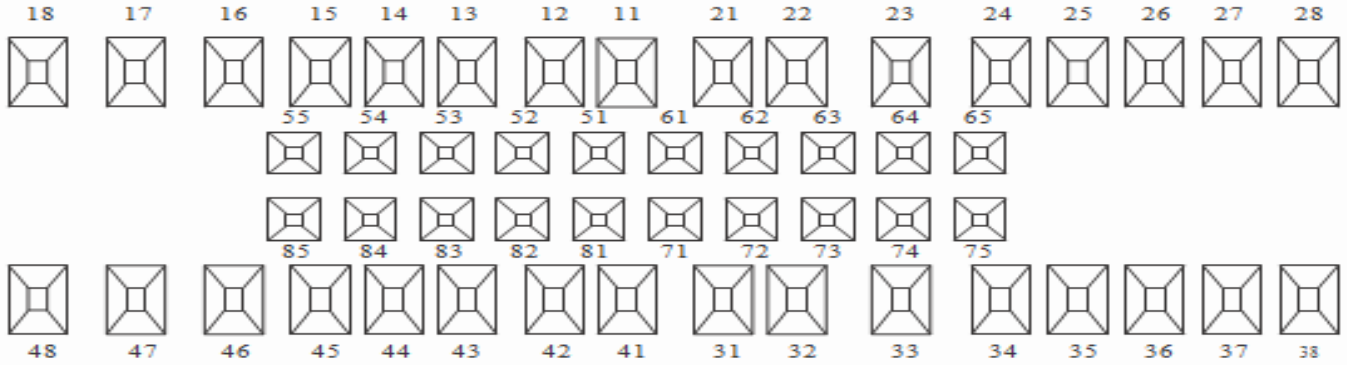
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y/O TUTOR

EXAMEN FÍSICO/ CAVIDAD ORAL

Cabeza _____
 Cara _____
 Cuello _____
 Ganglios _____
 ATM _____
 Frenillo Sup e Inf. _____
 Mucosa bucal _____

Encía Bucal _____
 Piso de Boca _____
 Paladar Duro _____
 Paladar Blando _____
 Lengua _____
 Labios _____
 Bucofaringe _____

ODONTOGRAMA



Sano	(S)	Ausente	(Au)
Obturado	(O)	Maloclusión	(#)
Caries Incipiente	(Ci)	Prótesis	(Pr)
Caries Cavitada	(C)	Fracturado	(F)
Obturación defectuosa (s)	(OD)	Mancha	(M)
Extracción Indicada	(Ei)	Lesión no cariosa (Ab, Er, Abf)	

SINTOMATOLOGÍA: _____

EXAMENES DE LABORATORIO: _____

INFORME RADIOLÓGICO PANORÁMICA/PERIAPICAL:

DIAGNÓSTICO: _____

PRONÓSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: _____

OBSERVACIONES DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE: _____

Nombre y Firma de Autorización del paciente

Firma de Autorización Docente

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, titular de éste consentimiento informado, representante legal de: _____, a través del presente, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, AUTORIZO al odontólogo(a): _____, alumno(a) del Diplomado en estética de Dental Training, que los datos referidos en éste documento son ciertos, además que he sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido(a) y de las alternativas posibles del tratamiento. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico incluyendo la realización de estudios fotográficos, radiográficos y el estado general de mi salud. Además, comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico y quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local; siempre que sea necesario. Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, en caso de surgir cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que sean oportunas para la resolución, en su caso, de la complicación surgida. He igualmente exonerado de responsabilidad de toda índole, si ésta, es producto de omisión de inconformidad de mi parte. Así pues, doy mi consentimiento al Dr. (a) y por ende al equipo de ayudantes que él o ella designe, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS.

Culiacán Sinaloa, _____ de _____ 20 _____

NOMBRE Y FIRMA

NOTA DE EVOLUCIÓN

FECHA: _____/_____/_____

Pulsaciones por minuto (niños 85- 90 por minuto, Adultos 60-80, Tercera Edad 80-100): _____

Frecuencia Respiratoria (niños de 6-8 años de 20 a 25 por min, Adultos de 15 a 20) _____

Presión Arterial _____ mm Hg Peso _____ Kg Anestesia Utilizada _____ Cartuchos _____

Descripción detallada del procedimiento realizado

Indicaciones Post-Operatoria, y /o Medicación

FIRMA DOCENTE

FIRMA PACIENTE

NOTA DE EVOLUCIÓN

FECHA: _____/_____/_____

Pulsaciones por minuto (niños 85- 90 por minuto, Adultos 60-80, Tercera Edad 80-100): _____

Frecuencia Respiratoria (niños de 6-8 años de 20 a 25 por min, Adultos de 15 a 20) _____

Presión Arterial _____ mm Hg Peso _____ Kg Anestesia Utilizada _____ Cartuchos _____

Descripción detallada del procedimiento realizado

Indicaciones Post-Operatoria, y /o Medicación

FIRMA DOCENTE

FIRMA PACIENTE