



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CLÍNICA DE ENSEÑANZA
HISTÓRIA CLÍNICA DE ENDODÓNIA

Culiacán de Rosales, Sin. a ___ de ___ de 20__

PACIENTE

NOMBRE: _____ SEXO _____
DIRECCIÓN: _____ TEL _____
OCUPACIÓN: _____ EDAD _____

SÍNTOMAS SUBJETIVOS

DOLOR: _____ ESPONTANEO: _____ PROVOCADO: _____
PRESENTE: _____ AUSENTE: _____ PROVOCADO POR: _____
INTENSIDAD: _____ FRÍO: _____ CALOR: _____
MEDIA: _____ SEVERA: _____ DULCE: _____ PRESIÓN: _____
MOMENTANEA: _____ MASTICACIÓN: _____
CONTINUA: _____ DURACIÓN: _____
PRESENTACIÓN: _____ SEG: _____ MIN: _____ HRS: _____
INTERMITENTE: _____ LOCALIZADO _____ SENSACION DEL DIENTE: _____
DIFUSO: _____ IRRADIADO: _____ ELONGADO: _____
DIURNO: _____ NOCTURNO: _____ MOVIL: _____

SÍNTOMAS OBJETIVOS

EXPOSICION PULPAR POR: _____ LESION PULPAR: _____ INFLAMACIÓN: _____
CARIES: _____ FISICA: _____ EXTRAORAL: _____
INSTRUMENTO DENTAL: _____ QUIMICA: _____ INTRAORAL: _____
FRACTURA: _____ BACTERIANA: _____ ENDURESIDA: _____
BLANDA: _____

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

FRIO: _____ CALOR: _____ MOVILIDAD: _____
NORMAL: _____ NORMAL: _____ PALPACIÓN: _____
ANORMAL: _____ ANORMAL: _____ PERCUSIÓN: _____
NINGUNA: _____ NINGUNA: _____ CAMBIO DE COLOR: _____

EXAMEN RADIOGRÁFICO

CAMARA Y CONDUCTO PULPAR: _____
NORMAL: _____ RESORCIÓN INTERNA: _____ PERFORACIÓN: _____
OBSTRUCCION DEL CONDUCTO: _____ FRACTURA: _____
CALCIFICACIÓN PARCIAL: _____ CALCIFICACIÓN TOTAL: _____
PERIAPICE: _____
RESORCION DEL APICE: _____ HIPERCEMENTOSIS: _____
LIGAMENTO PERIODONTAL: _____
NORMAL: _____ ENGROSADO: _____

RAREFACCION APICAL:
 CIRCUNSCRITA: _____ DIFUSA: _____ NINGUNA: _____
DIAGNOSTICO PULPAR: _____
PRONOSTICO:
 FAVORABLE: _____ DESFAVORABLE: _____
 PLAN DE TRATAMIENTO: _____
 TÉCNICA OPERATORIA: _____
 MATERIALES DE OBTURACIÓN: _____
 GRAPA #: _____
 PIEZA DENTAL: _____

FIRMA DEL PACIENTE

SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

| COND. | CONDUCTOMETRIA | | PUNTO DE REFERENCIA | AMPLITUD N°INSTRUMENTO | OBTURACIÓN N° CONO GUTAPERCHA |
|-------|----------------|--------------------|---------------------|------------------------|-------------------------------|
| | LONGITUDINAL | TENT. RECTIF. DEF. | | | |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

OBSERVACIONES

FECHA:

CONTROL

FECHA:

AUTORIZACIÓN: _____
 ACCESO: _____
 CONDUCTOMETRÍA: _____
 INSTRUMENTACIÓN: _____
 PRUEBA DE CONO: _____
 CONDENSACIÓN: _____
 LIMPIEZA DE LA CAVIDAD: _____
 ALTA ENDODONTICA: _____

FIRMA DEL ALUMNO