



ODONTOLOGIA PEDIATRICA



Fecha _____

Nombre del paciente _____ Sexo _____ Edad _____
 Fecha de nacimiento _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Código postal _____ Teléfono _____
 Escuela _____ Grado Escolar _____ Nº de hermanos _____
 Nombre del padre _____ Ocupación _____ Teléfono _____
 Nombre de su médico _____

INFORMACION DENTAL

Motivo de la consulta _____
 ¿Ha sido atendido el niño (a) en un consultorio dental? NO () SI ()
 ¿Como ha sido su experiencia dental previa? Buena _____ Mala _____
 ¿Practica el paciente algún deporte? NO () SI () Cual? _____
 ¿Ha tenido o tiene alguno de los siguientes Hábitos?
 Succión del dedo _____ NO () SI () Morderse las uñas _____ NO () SI ()
 Morderse los labios _____ NO () SI () Duerme con la boca abierta _____ NO () SI ()
 Resinar los dientes _____ NO () SI () Dolor de cabeza frecuente _____ NO () SI ()

INFORMACION MÉDICA

¿Padece el paciente alguna enfermedad actualmente? NO () SI () Cual? _____
 Está recibiendo algún medicamento? _____ NO () SI () Cual? _____
 ¿Ha padecido o padece alguna de las siguientes infecciones?
 Desórdenes emocionales _____ NO () SI ()
 Sangrad persistente _____ NO () SI () Hepatitis _____ NO () SI ()
 Hemofilia _____ NO () SI () Fiebre reumática _____ NO () SI ()
 Convulsiones _____ NO () SI () Obstrucción nasal crónica _____ NO () SI ()
 Accidentes en la cabeza y/o cara _____ NO () SI () ¿Cuándo? _____
 Es alérgico _____ NO () SI () ¿A que? _____
 Infecciones frecuentes de garganta _____ SI () NO ()
 ¿Ha sido operado de :
 Amígdalas (anginas) _____ NO () SI () ¿Cuándo? _____
 Adenoides _____ NO () SI () ¿Cuándo? _____

FIRMA DEL PADRE RESPONSABLE

Estoy informado que mi hijo (a) será atendida por estudiantes de la Escuela de Odontología y que la información que proporcione es verídica.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Ausentes congénitamente _____ Supernumerarios _____ Malformados _____
 Lesiones periapicales _____ Quistes _____ Incluidos _____
 Raíces anormales _____ Resorción radicular _____ Terceros molares _____
 Traumatismos _____
 Otras patologías _____

DIAGNOSTICO DE RIESGOS DE CARIES

RIESGO _____

Clasificación de riesgo de caries, (del 0 al 3)	0 sin	1 bajo	2 mediano	3 alto
1.- Existencia de caries clínicas o radiografías				
2.- Presencia de restauraciones en boca				
3.- Utilización de agentes fluorados				
4.- Ingesta de carbohidratos entre comidas				
5.- Niveles de infección streptococo en saliva				
6.- Niveles de infección de lactobacilos en saliva				
7.- Niveles de flujo salival				
8.- Niveles de PH de saliva				
9.- Higiene bucal				
10.- Utilización de antimicrobianos				
11.- Motivación del paciente				

DIASNOSTICO INTEGRAL

PLAN DE TRATAMIENTO

PREVENCIÓN

--

OPERATORIA

--

ORTODONCIA PREVENTIVA

--

