



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA  
FACULTAD DE ODONTOLOGIA  
CLINICA DE ODONTOLOGIA PREVENTIVA I**



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Operador: \_\_\_\_\_ Maestro responsable \_\_\_\_\_  
 Asistente \_\_\_\_\_

**INTERROGATORIO MARCA CON UNA EQUIS (x)**

- ¿Es usted diabético? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿Está controlado? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Autorización Médica Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- ¿Es usted propenso(a) a hemorragia? \_\_\_\_\_
- ¿Toma usted algún medicamento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿cuál? \_\_\_\_\_
- ¿A sido sometido a alguna intervención quirúrgica Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- De qué \_\_\_\_\_
- Se le ha colocado un marcapaso Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- ¿Se encuentra embarazada? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

**MARCA CON UNA (x) LA(S) PIEZA(S) QUE PRESENTEN PLACA DENTOBACTERIANA Y CON UN (\*) LAS QUE TENGAN CALCULO DENTAL. UTILIZA LA PASTILLA REVELADORA DE PDB**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE Y FIRMA MAESTRO**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**TRATAMIENTO:** ESPECIFICA SI Ó NO Y ANOTA EN LOS INDICES EPIDEMIOLOGICOS LO QUE ENCONTRASTE.

IHOS \_\_\_\_\_ USO DE HILO DENTAL \_\_\_\_\_  
CPO Y ceo \_\_\_\_\_ PROFILAXIS \_\_\_\_\_  
APLICACIONES DE FLUOR \_\_\_\_\_  
PASTILLAS REVELADORAS \_\_\_\_\_  
TECNICA DE CEPILLADO \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTACIÓN:** CUÁL UTILIZASTE MARCALO CON UNA EQUIS(x)

CK6 \_\_\_\_\_ APARATO DE ULTRASONIDO \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO POR CUADRANTE, FIRMA Y FECHA DEL MAESTRO TERMINADO**

FIRMA	FECHA
1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
PULIDO	

**OBSERVACIÓN:** \_\_\_\_\_

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA I**  
**INDICES EPIDEMIOLOGICOS BUCALES**

**INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO IHOS**

Calculo						
Placa						
	17-16	11-21	26-27	Índice de placa	Índice de calculo	IHOS
	47-46	41-31	36-37			
Placa					Dtes. selecc.	
Calculo					16, 11, 26, 36, 31, 46.	

**INDICE DE CARIES DENTAL CPO PERMANENTES**

														C	P	O	Ei	CPO	TOTAL DE PIEZAS EXAMINADAS	ICPO	S	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27									
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37									

**Índice de caries dental ceo temporales**

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

c	ei	o	s	ceo	Total de pzas. examinadas	Iceo

Elaborado por: Dra. Graciela Guadalupe Isabel Cuen Bueno

