



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA
CLÍNICA DE ENSEÑANZA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL II



Culiacán Sinaloa, Rosales a _____ de _____ de 20 _____

NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL. _____ E-Mail: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ PRESIÓN ARTERIAL: _____

ALTURA: _____ PESO: _____

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

- | | | |
|--|----|----|
| 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. ¿Padece o padeció algún trastorno cardiaco? | SI | NO |
| 5. ¿Tiene presión arterial alta? | SI | NO |
| 6. ¿Es usted diabético? | SI | NO |
| 7. ¿Tiene algún trastorno de tipo epiléptico convulsivo? | SI | NO |
| 8. ¿Padece o padeció hepatitis? | SI | NO |
| 9. ¿Tiene o tuvo algún padecimiento quirúrgico o infeccioso? | SI | NO |
| 10. ¿Actualmente está tomando algún medicamento? | SI | NO |
| ¿Cuál? _____ | | |
| 11. ¿Es usted propenso a hemorragia? | SI | NO |

ÚNICAMENTE MUJERES:

12. ¿Está embarazada? SI NO
 En caso afirmativo ¿En qué trimestre se encuentra? () PRIMERO () SEGUNDO () TERCERO

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____

Anestésico Indicado: _____

Dosis por kilogramo de peso: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL OPERADOR

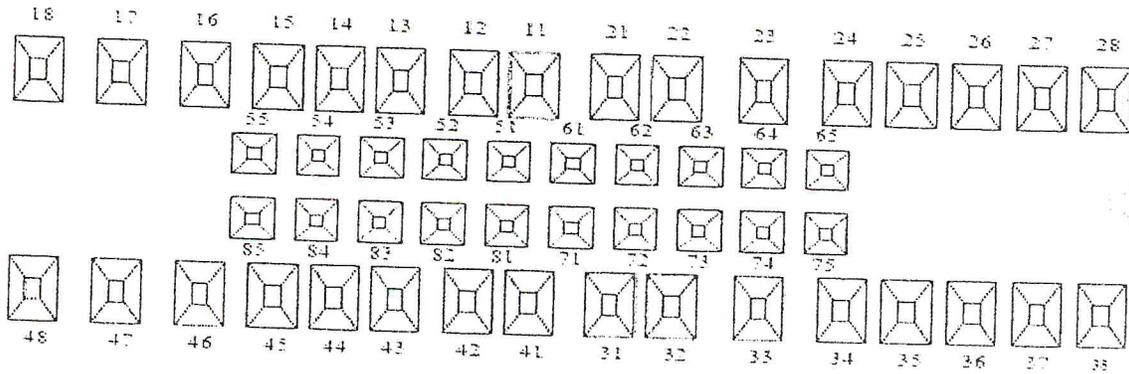
AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE Y/O TUTOR

FIRMA MÉDICO DE GUARDIA

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

Cara _____ Labios _____
 Mucosa bucal _____ Lengua _____
 Piso de boca _____ Ganglios linfáticos _____
 Paladar duro _____ Paladar blando _____
 Buco faringe _____ Encía _____

ODONTOGRAMA



Obturado	(O)	Ausente	(Au)
Caries	(C)	Maloclusión	(#)
Obturación defectuosa (s)	(OD)	Prótesis	(Pr)
Extracción Indicada	(Ei)	Fracturado	(F)

SINTOMATOLOGÍA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

PRONÓSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre y Firma del Maestro

Restauración Tipo y Pieza	Recibo Numero	Autorización inicial	Autorización de la cavidad	Autorización de la base	Autorización de obturación	Autorización de terminado
1)						
2)						
3)						
4)						
5)						
6)						
7)						
8)						
9)						
10)						
OBSERVACIONES:						

