



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLÍNICA COMUNITARIA



NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

DIRECCIÓN _____ TEL _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____ ESCOLARIDAD: _____

MOTIVO DE CONSULTA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: _____

NOMBRE DE PADRE O TUTOR: _____

SIGNOS VITALES

TEMPERATURA: _____ PULSO: _____ PRESIÓN ARTERIAL: _____

RESPIRACIÓN: _____ 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 |
| 11. ¿Es usted propenso a hemorragia? | SI | NO |

ÚNICAMENTE MUJERES:

- | | | |
|---|----|----|
| 12. ¿Está tomando anticonceptivos? | SI | NO |
| 13. ¿Está embarazada? | SI | NO |
| 14. ¿Ha observado algún cambio en su periodo de menstruación? | SI | NO |

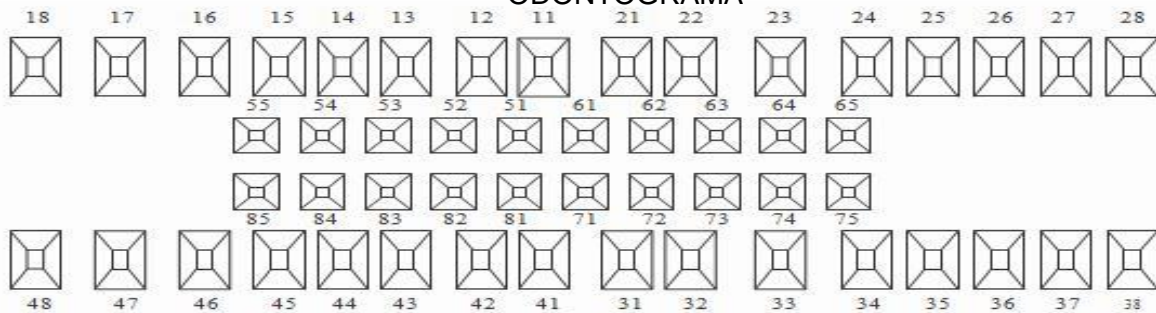
Dosificación de Anestésico por kg de peso _____

NOTA: SI EXISTE ALGÚN COMENTARIO EN RELACIÓN A LAS PREGUNTAS DE LA 1-14 ANOTARLOS EN OBSERVACIONES EN UNA HOJA Y ENGRAPARLA A LA HISTORIA CLÍNICA

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

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

ODONTOGRAMA



ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITARIO (IPC)

(12,15, 35-44 Y 65-74 años)

0	Sano
1	Hemorragia
2	Cálculo
3	Bolsa de 4-5 mm
4	Bolsa de 6 mm o más
X	Sextante excluído
9	No registrado

17/16 11 26/27

47/46 31 36/37

DIAGNÓSTICO: _____

PRONÓSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO : _____

OBSERVACIONES: _____

FECHA	TRATAMIENTO	FIRMA

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

NOMBRE DEL MAESTRO: _____

FECHA: _____ AUTORIZACIÓN DEL Tx: _____