



EJERCITO ECUATORIANO

UNIDAD	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR NO. 1 "ELOY ALFARO"	CÓDIGO	G.C.S.
NOMBRE	CIRCULAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PARA INICIAL 2 Y PREPARATORIA		

022-2024-2025

Estimado señor padre de familia/representante:

Por medio de la presente expreso un cordial saludo. Con el objetivo de dar continuidad a las acciones de prevención en salud, el Policlínico de la institución, a través de la unidad de Odontología está realizando, de acuerdo con la planificación, que inició con los cadetes de Inicial 2 con los paralelos A, B, C, D procedimientos de profilaxis y fluorización, para contribuir con una adecuada higiene bucal.

En tal sentido se comunica que, la asistencia odontológica para los paralelos restantes de Inicial 2 y Preparatoria se realizará en el mes de noviembre, por lo que se solicita no acercarse a la institución sino consta en el cronograma.

Así también se recomienda previo al procedimiento cumplir obligatoriamente con:

1. Cepillarse los dientes antes del procedimiento.
2. Presentar la autorización para atención odontológica firmada (documento adjunto).
3. Haber ingerido alimentos al menos una hora antes del procedimiento.
4. Traer impresa la Historia Clínica Odontológica (documento adjunto).
5. Acudir con el representante 5 minutos antes de la cita programada; de lo contrario, se perderá el turno.
6. No consumir alimentos ni bebidas al menos una hora después de la atención odontológica

DMQ, 23 de octubre de 2024

Dios, Patria y Libertad


Angel R. Remache C.
Cmt. de E.M.C.
Rector de la UEF. FF.AA Colegio Militar No. 1 "Eloy Alfaro" 



U.E.FF.AA COLEGIO MILITAR " ELOY ALFARO"
AUTORIZACION ATENCION ODONTOLOGICA

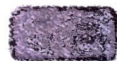
Yo,representante legal del
cadetegrado.....paralelo.....**AUTORIZO** libre y
voluntariamente se realice la atención odontológica que necesite en el Colegio Militar " ELOY
ALFARO".

OBSERVACION (en caso de negar el permiso).

SI



NO



ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	N° DE HISTORIA CLINICA	

Menor de 1 año	1-4 años	5-9 años PROGRAMADO	10-14 años PROGRAMADO	15-19 años	Mayor de 20 años	EMBARAZADA
----------------	----------	------------------------	--------------------------	------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHISIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min
------------------	-------------------------	----------------	------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1,2,3) SI APLICA.

RECESION ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

MOVILIDAD ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

VESTIBULAR ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18 17 16 15 14 13 12 11

LINGUAL

55 54 53 52 51

85 84 83 82 81

VESTIBULAR ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

MOVILIDAD ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

RECESION ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

48 47 46 45 44 43 42 41

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

21 22 23 24 25 26 27 28

61 62 63 64 65

71 72 73 74 75

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

31 32 33 34 35 36 37 38

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CALCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0-1						

16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

* _{rojo} SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	▬ PROTESIS TOTAL
* _{azul} SELLANTE REALIZADO	△ ENDODONCIA	◻ CORONA
X _{rojo} EXTRACCION INDICADA	□ ----- □ PROTESIS FIJA	○ _{rojo} OBTURADO
X _{azul} PERDIDA POR CARIES	(----) PROTESIS RENOVABLE	○ _{azul} CARIES

10 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL				
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS	

11 DIAGNOSTICO		PRE=PRESUMTIVO DEF=DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1				3		
2				4		

FECHA DE APERTURA		FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL		FIRMA		NUMERO DE HOJA	
-------------------	--	------------------	--	-------------	--	-------	--	----------------	--

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 2				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 3				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 4				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 5				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 6				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 7				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 8				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 9				CODIGO
FECHA				FIRMA

FIRMA DEL
 REPRESENTANTE DEL CADETE: _____