

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-4 AÑOS	5-9 AÑOS	10-14 AÑOS	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 "1" (1,2,3) SI APLICA.

RECESION

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	17	16	15	14	13	12	11

MOVILIDAD

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

VESTIBULAR

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LINGUAL

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
55	54	53	52	51			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
85	84	83	82	81			

VESTIBULAR

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41

MOVILIDAD

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RECESION

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RECESION

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	22	23	24	25	26	27	28

MOVILIDAD

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

VESTIBULAR

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LINGUAL

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
61	62	63	64	65			
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
71	72	73	74	75			

VESTIBULAR

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
31	32	33	34	35	36	37	38

MOVILIDAD

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

RECESION

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
				LEVE	ANGLE I	LEVE
				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA

PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	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=PRESUNTIVO DEF=DEFINITIVO		CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1					3		
2					4		

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CODIGO	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: _____