

7.0.
922
008537
9/2 7/2

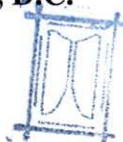
**UNA HISTORIA CLINICA BASADOS EN LAS ESTRATEGIAS ACADÉMICAS Y
LAS LEGISLACIONES EN SALUD ACTUAL PARA USO EN LAS CLINICAS
DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

3-9-01-ell

**CLAUDIA PATRICIA LAGOS VELEZ
MONICA ROCIO MEJIA BECERRA
ELSA MAGNOLIA PERDOMO SILVA
SONIA YADIRA SALAZAR MUÑOZ**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTÁ, D.C.**

2000



COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BIBLIOTECA SEDE NORTE

**UNA HISTORIA CLINICA BASADOS EN LAS ESTRATEGIAS ACADEMICAS Y
LAS LEGILACIONES EN SALUD ACTUAL PARA EL USO EN LAS CLINICAS
DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

**CLAUDIA PATRICIA LAGOS VELEZ
MONICA ROCIO MEJIA BECERRA
ELSA MAGNOLIA PERDOMO SILVA
SONIA YADIRA SALAZAR MUÑOZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito
parcial para optar el Título de Odontólogo**

**Asesor Científico
JAIRO FORERO.**

Odontólogo. Postgrado en Gerencia Institucional de Salud y Seguridad Social

**Asesor Metodológico
MARIA ALEJANDRA GONZÁLEZ B.
Odontóloga. Maestría en Administración en Salud**

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIAN
BOGOTÁ, D.C.
2000**

El trabajo de grado **UNA HISTORIA CLINICA BASADOS EN LAS ESTRATEGIAS ACADEMICAS Y LAS LEGISLACIONES EN SALUD ACTUAL PARA EL USO EN LAS CLINICAS DEL COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO** elaborado por **CLAUDIA PATRICIA LAGOS VELEZ, MONICA ROCIO MEJIA BECERRA, ELSA MAGNOLIA PERDOMO SILVA, SONIA YADIRA SALAZAR MUÑOZ**, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el titulo de odontólogo.



**Director del Departamento de
Investigación y Salud Pública**

Bogota, DC, Octubre de 2000

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A todos las personas que de una u otra forma nos han colaborado en la realización de nuestra monografía para formarnos como profesionales y personas en el área de la Odontología

A mi hija Luisa Alejandra para que haga con su vida, con la voluntad de Dios, un servicio permanente a la humanidad.

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCION	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1. PROBLEMA	2
1.2. JUSTIFICACION	3
1.3. PROPOSITO	3
1.4. MARCO TEORICO	3
1.4.1. Historia Clínica	3
1.4.2. Marco normativo y legal	5
1.4.3. Historias clínicas utilizadas en las diferentes universidades	13
1.5. OBJETIVOS	20
1.5.1. General	20
1.5.2. Específicos	20
2. METODO	21
2.1. TIPO DE ESTUDIO	21
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	21
2.3. VARIABLES	21
2.4. FUENTES DE INFORMACIÓN	22
2.5. PROCEDIMIENTO	22
3. RESULTADOS	24
3.1. GUIA DE LA HISTORIA CLINICA	24
3.2. DISEÑO DE HISTORIA CLINICA	29
4. CONCLUSIONES	38
5. RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS	43

LISTA ESPECIAL

Anexo 1. Colegio Odontológico Colombiano

Anexo 2. Universidad Metropolitana de Barranquilla.

Anexo 3. Corporación para Estudios en Salud (CES)

Anexo 4. Universidad Nacional de Colombia UNISALUD de Medellín.

Anexo 5. Universidad San Martín.

Anexo 6. Universidad Nacional de Bogotá.

Anexo 7. Universidad de El Bosque.

GLOSARIO

Alergia: Reacción de hipersensibilidad frente a ciertos antígenos, inocuos en sí mismos la mayoría de ellos de origen ambiental.

Anorexia: Falta o pérdida del apetito, lo que ocasiona abstinencia al comer.

Artritis: Cualquier trastorno inflamatorio de las articulaciones caracterizado, principalmente por dolor e hinchazón.

Artritis reumatoidea: Enfermedad. del colágeno crónica destructiva y a veces deformante con un componente auto inmune en su génesis.

Cáncer: Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplasicas que tienden a invadir el tejido circundante y metastatizar a puntos restantes del organismo.

Cardiopatías: Anomalía estructural o funcional del corazón o de los grandes vasos presentes en el momento del nacimiento.

Cefalea: Dolor de Cabeza debido a múltiples causas, denominada también cefalalgia.

Cirugía: Rama de la medicina que estudia las enfermedades y traumatismos que tienen que tratarse mediante técnicas operatorias.

Convulsión: Contracción brusca, violenta o involuntaria de un grupo muscular que puede aparecer bien como un episodio paroxístico de un trastorno convulsivo crónico o bien de forma transitoria.

Diabetes: Trastorno caracterizado por la excesiva excreción de orina, el exceso puede deberse a una deficiencia de hormona antidiurética (ADH) como es el caso de la diabetes o

puede estar condicionada por la hiperglicémica propia de la diabetes mellitus.

Diarrea: Eliminación frecuente de heces sueltas y acuosas, generalmente debido al aumento de la multilidad del colón.

Discrasia Sanguínea: Anomalía en cuanto a la calidad o la cantidad de cualquiera de los constituyentes de la sangre como por ejemplo la leucemia o la hemofilia.

Disfagia: Dificultad para deglutir, habitualmente relacionada con trastornos motores u obstructivos del esófago.

Disnea: Dificultad para respirar que puede deberse a ciertas enfermedades cardíacas o respiratorias, ejercicio extenuante o ansiedad.

Disuria: Micción dolorosa generalmente debida a infección bacteriana o a obstrucción de las vías urinarias.

Edema: Acumula anormal de líquido en los espacios intersticiales, saco pericardio, espacio intrapleural, cavidad peritoneal, o cápsulas articulares.

Enfermedades Cardiovasculares: Conjunto de enfermedades caracterizadas por disfunción del corazón y los vasos sanguíneos, algunas de las mas frecuentes son la aterosclerosis, cor pulmonales, cardiopatía reumática, cardiopatía sífilítica y hipertensión sistémica

Enfermedades Gastrointestinal: Relacionado con los órganos del trato gastrointestinal desde la boca hasta el ano.

Enfermedades Hepáticas: Cualquier trastorno que afecte al hígado, las mas importantes son la cirrosis, la coletasis y las hepatitis vírica y tóxica.

Enfermedad Venérea: -Cualquier enfermedad contagiosa adquirida por contacto sexual o genital. (Chancrade, gonorrea, grauloma, inquinaal, herpes simple HSU. 2, linfogranuloma venereo, sirills)

Epilepsia: Grupo de trastornos neurológicos caracterizados por episodios recidivantes de crisis convulsivas, trastornos sensoriales, anomalías del comportamiento y pérdida de conciencia; a veces se presentan todos estos síntomas juntos de una parte del cuerpo.

Expectoración: Expulsión de moco, esputo o líquido de la traquea y los pulmones mediante la tos.

Fiebre: Elevación anormal de la temperatura del cuerpo por encima de 37°C debido a enfermedad.

Fiebre Reumática: Enfermedad inflamatoria que puede aparecer tras una infección del cocuosa a betahemolíticos mal tratada.

Hemoptisis: Expulsión de sangre procedente de las vías respiratorias con la tos.

Hiperhidrosis: Sudoración excesiva que suele deberse al calor a hipertiroidismo, a una emoción fuerte, menopausia o infección.

Hipertensión: Trastorno muy frecuente, a menudo asintomático, caracterizado por la elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mm/hg.

Ictericia: Coloración amarillenta de la piel mucosas y conjuntivas causada por cifras de bilirrubina en sangre superiores a las normales.

Inmunodeficiencia (inmunodeficiente): Dícese del individuo en el que existe un estado anormal del sistema inmunitario por la humoral son inadecuadas y disminuyen la resistencia a las infecciones.

Linfadenopatía: Trastorno inflamatorio de los ganglios linfáticos.

Melena: Heces anormales de color negro y muy adherentes que contiene sangre degradada y alterada.

Nausea: Sensación previa al vomito, las causas más frecuentes son el mareo, dolor intenso, stress emocional, enfermedad vesiculobiliar, intoxicación alimentaria.

Palidez: Ausencia de color en la piel

Parestesia: Cualquier sensación subjetiva, experimentada como entumecimiento, hormigueo o sensación de pinchazos.

Pirosis: Sensación dolorosa de quemazón localizado en el esófago, inmediatamente por detrás del esternón.

Polidipsia: Sed excesiva producida por distintos trastornos, como la diabetes mellitus en la cual la elevada concentración de glucosa en la sangre aumenta por un líquido por la orina, con la consiguiente hipovolemia y sed.

Prótesis: Sustitución de una parte del cuerpo por un objeto artificial.

Taquicardia: Trastorno circulatorio consiste en la contracción del miocardio con una frecuencia de 100 a 150 latidos por minuto.

TBC: Infección granulomatosa crónica producida por un bacilo ácido resistente, mycobacterium tuberculosis que se transmite a través de gotitas de saliva y afecta a los pulmones, si bien pueden darse otras vías de contagio y lugares de infección.

Tos: Expulsión súbita y sonora de aire procedente de los pulmones, precedida de inspiración.

Trauma: Lesión física producida por una acción violenta o por la introducción en el organismo de una sustancia tóxica.

Vómito: Arrojar violentamente por la boca lo contenido en el estómago.

INTRODUCCION

Se destaca la reestructuración y determinación precisa de los elementos que componen la Historia Clínica que se utiliza en las Clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, buscando que este instrumento sea más eficiente y razonable para los propósitos científicos y académicos, teniendo en cuenta que de acuerdo con su definición se trata de un registro obligatorio de la salud actual del paciente y una descripción del tratamiento que se le seguirá, que debe hacer una institución prestadora del servicio de salud. De la misma forma se ha establecido la pertinencia de cada uno de estos elementos en la historia, de manera que los estudiantes aprendan a conocer la manera de darle un manejo seguro y responsable a la Historia Clínica, sabiendo que este documento tiene carácter privado y por lo tanto protegido por la confidencialidad. La Historia Clínica es un instrumento que utiliza un único formato, al cual deben someterse todos los estudiantes del Colegio Odontológico, sin embargo, su complejidad no garantiza su eficiencia, por ello se ha buscado hacerla más sencilla de manera que sea de fácil uso tanto para investigadores, docentes y personal administrativo, como para los estudiantes.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1. PROBLEMA

La historia clínica es el principal instrumento de que dispone el estudiante para la formulación de un diagnóstico y un tratamiento clínico íntegro. Sin embargo, puede observarse que la que se utiliza en la actualidad en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, a pesar de ser muy completa, resulta complicada y extensa. Lo anterior, determina que se haga evidente algún margen de descuido en el manejo de este instrumento por los estudiantes, situación que debe ser objeto de análisis para determinar sus causas y sus mismas consecuencias y en este sentido proponer alternativas que contribuyan a su mejoramiento.

La estructura de la historia clínica tiene problemas que han sido reflejados tanto por el profesional como paciente: repetición de temas, puntos que no tienen utilidad práctica para el tratamiento, no cuenta con apoyo legal, en algunos casos resulta caduca (debe tenerse en cuenta que lleva 10 años sin sufrir un proceso de revisión) y su diligenciamiento resulta demasiado largo y dispendioso. Teniendo en cuenta la pregunta necesariamente será ¿cuál debe ser el diseño de la historia clínica que reestructura la existente y la haga adecuada a las exigencias y necesidades de las Clínicas del Colegio Odontológico Colombiano?

1.2. JUSTIFICACION

La necesidad de efectuar esta investigación radica en la exigencia de un manejo responsable y seguro de la historia clínica, de manera que sea en realidad el principal instrumento de que disponen tanto los docentes como los alumnos del Colegio Odontológico Colombiano, cumpliendo con los objetivos que tiene en los diferentes ordenes, es decir, tanto para el tratamiento de los pacientes y la prestación de un óptimo servicio social de salud oral, como para las funciones pedagógicas y de aprendizaje que se esperan del mismo.

1.3. PROPOSITO

Este trabajo pretende efectuar un análisis de diferentes formatos de historia clínica, de manera que se pueda a partir de ello ofrecer oportunidad en la prestación del servicio de Odontología de las Clínicas del Colegio Odontológico Colombiano y se presente un modelo de historia clínica moderna, ágil y de apoyo tanto para el docente como para el estudiante.

1.3. MARCO TEORICO

1.4.1. Historia Clínica

Definición: “Es un registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros

previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley” (Artículo 34 de la ley 23 de 1981). De acuerdo con el texto, el concepto de la historia clínica es el de un documento en el cual se consigna toda la información relativa a la salud de una persona, independientemente del lugar en donde se brinde la atención. Sin embargo, por las circunstancias particulares en las cuales se brinda la atención en Colombia, se entiende que la historia clínica es única en cada institución prestadora del servicio de salud.

De Acuerdo con la ponencia de la doctora Ana María De Brigard Pérez, en 1996, la historia clínica no tiene valor simplemente como instrumento médico, sino que debe ser evaluado también a partir del valor histórico en la vida de una persona y de su utilización científica e investigativa.

Elementos de la historia clínica general: Los elementos que componen la historia clínica general son:

Datos básicos (nombres y apellidos completos del paciente, identificación y número de la historia), servicio, sala o cuarto y número de cama para los formularios de uso intra hospitalario, sexo y edad del paciente, nombre del contenido (ejemplo: evolución, epicrisis, informe de anestesia), número de tres o cuatro dígitos precedidos de la sigla SIS (Sistema de Información en Salud), motivo de la consulta, antecedentes, examen físico, anamnesia, epicrisis, color del formulario con el objeto de distinguir el tratamiento (urgencias, remisiones, informes de laboratorio, etc.), numeración de cada hoja y mecanismo de identificación,

Categorías de la historia clínica general: De acuerdo con su uso clínico, la historia clínica puede clasificarse en las siguientes categoría.

Formularios que definen la admisión de una persona a la prestación institucional de servicios:

Formulario de Identificación y resumen de atenciones.

Formulario de atención de urgencias.

Formulario para la atención ambulatoria.

Formulario básico para la atención ambulatoria y hospitalaria de morbilidad general.

Formularios clínicos complementarios.

1.4.2. Marco Normativo y Legal

Según la ley 23 de 1981 en cuanto a la historia clínica establece lo siguiente:

En el artículo 34.- La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado sometido a reserva que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o el casos previstos por la ley".

En el artículo 35- En las entidades del Sistema Nacional de Salud la historia clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de salud.

Artículo 36.- En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad."

Artículo 37.- Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o ilícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo los casos contemplados por las disposiciones legales".

Artículo 38.- Teniendo en cuenta los consejos que dicten la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer: al enfermo en aquello que estrictamente le concierne y

convenga, a los familiares del enfermo si la revelación es útil al tratamiento, a los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces. A las autoridades sanitarias o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley, a los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o de enfermedades graves infecto contagiosas o hereditarias se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Artículo 39.- El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional.

Resolución 1995 de 8 de julio de 1999, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica y la define como un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Estado de salud: El estado de salud del paciente se registra en los datos e informes acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueden incidir en la salud del usuario.

Equipo de Salud. Son los Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área de la salud que realizan la atención clínico asistencial directa del Usuario y los Auditores Médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado.

Historia Clínica para efectos archivísticos: Se entiende como el expediente conformado por el conjunto de documentos en los que se efectúa el registro obligatorio del estado de salud,

los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de un paciente, el cual también tiene el carácter de reservado.

Archivo de Gestión: Es aquel donde reposan las historias clínicas de los Usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención.

Archivo Central: Es aquel donde reposan las historias clínicas de los usuarios que no volvieron a usar los servicios de atención en salud del prestador, transcurridos 5 años desde la última atención.

Archivo histórico. Es aquel al cual se transfieren las historias clínicas que por su valor científico, histórico o cultural, deben ser conservadas permanentemente.

Las disposiciones de la presente resolución serán de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA.

Entre las características básicas se encuentran la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad. En cuanto a la integridad se debe a que se encuentra conformada con todos los aspectos de una historia clínica, hay que destacar una buena secuencia cronología y entender que esta debe estar disponible en el momento que se requiera.

Se debe concienciar a los profesionales, técnicos y auxiliares que intervienen directamente en la atención a un usuario, tienen la obligación de registrar sus

observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la presente resolución. Y llevar a cabo el diligenciamiento en una forma clara, legible, sin utilizar sigla, cada anotación debe apuntar fecha y hora en que se realizo, nombre completo y firma del autor de la misma.

Todo prestador de servicios de salud que atiende por primera vez a un usuario debe realizar el proceso de apertura de historia clínica. A partir del primero de enero del año 2000, la identificación de la historia clínica se hará con el número de la cédula de ciudadanía para los mayores de edad; el número de la tarjeta de identidad para los menores de edad mayores de siete años, y el número del registro civil para los menores de siete años. Para los extranjeros con el número de pasaporte o cédula de extranjería. En el caso en que no exista documento de identidad de los menores de edad, se utilizará el número de la cédula de ciudadanía de la madre, o el del padre en ausencia de ésta, seguido de un número consecutivo de acuerdo al número de orden del menor en el grupo familiar. (Res. No.1995 de 1999) Mientras se cumple el plazo en mención, los prestadores de servicios de salud deben iniciar el proceso de adecuación correspondiente a lo ordenado en el presente artículo.

Todo prestador de servicios de salud debe utilizar una historia única institucional, la cual debe estar ubicada en el archivo respectivo de acuerdo a los tiempos de retención, y organizar un sistema que le permita saber en todo momento, en qué lugar de la institución se encuentra la historia clínica, y a quien y en qué fecha ha sido entregada.

Todos los folios que componen la historia clínica deben numerarse en forma consecutiva, por tipos de registro, por el responsable del diligenciamiento de la misma.

Son componentes de la historia clínica, la identificación del usuario, los registros específicos y los anexos.

Los contenidos mínimos de la identificación del usuario son: datos personales de identificación del usuario, apellidos y nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, sexo, ocupación, dirección y teléfono del domicilio y lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante; nombre, teléfono y parentesco de la persona responsable del usuario, según el caso; aseguradora y tipo de vinculación. (Res. No. 1995 de 1999)

El registro específico es el documento en el que se consignan los datos e informes de un tipo determinado de atención. El prestador de servicios de salud debe seleccionar para consignar la información de la atención en salud brindada al usuario, los registros específicos que correspondan a la naturaleza del servicio que presta.

Los contenidos mínimos de información de la atención prestada al usuario, que debe contener el registro específico son los mismos contemplados en la Resolución 2546 de julio 2 de 1998 y las normas que la modifiquen o adicionen y los generalmente aceptados en la práctica de las disciplinas del área de la salud.

Cada institución podrá definir los datos adicionales en la historia clínica, que resulten necesarios para la adecuada atención del paciente.

Los anexos son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención, tales como: autorizaciones para intervenciones quirúrgicas (consentimiento informado), procedimientos, autorización para necropsia, declaración de retiro voluntario y demás documentos que las instituciones prestadoras consideren pertinentes.

Los reportes de exámenes paraclínicos podrán ser entregados al paciente luego que el resultado sea registrado en la historia clínica, en el registro específico de exámenes paraclínicos que el prestador de servicios deberá establecer en forma obligatoria para tal fin.

A partir de la fecha de expedición de la presente resolución, en los casos de imágenes diagnósticas, los reportes de interpretación de las mismas también deberán registrarse en el registro específico de exámenes paraclínicos y las imágenes diagnósticas podrán ser entregadas al paciente, explicándole la importancia de ser conservadas para futuros análisis, acto del cual deberá dejarse constancia en la historia clínica con la firma del paciente.

CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA.

A custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando este lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes.

Del traslado entre prestadores de servicios de salud de la historia clínica de un usuario, debe dejarse constancia en las actas de entrega o de devolución, suscritas por los funcionarios responsables de las entidades encargadas de su custodia.

En los eventos en que existan múltiples historias clínicas, el prestador que requiera información contenida en ellas, podrá solicitar copia al prestador a cargo de las mismas, previa autorización del usuario o su representante legal.

En caso de liquidación de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la historia clínica se deberá entregar al usuario o a su representante legal. Ante la imposibilidad de su entrega al usuario o a su representante legal, el liquidador de la empresa designará a cargo de quien estará la custodia de la historia clínica, hasta por el término de conservación previsto legalmente. Este hecho se comunicará por escrito a la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente, la cual deberá guardar archivo de estas comunicaciones a fin de informar al usuario o a la autoridad competente, bajo la custodia de quien se encuentra la historia clínica. (Resolución No. 1995 de 1999).

ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA.

Podrán acceder a la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: El usuario, el equipo de Salud, las autoridades judiciales y de Salud en los casos previstos en la Ley, las demás personas determinadas en la ley, el acceso a la historia clínica, se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.

La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años contados a partir de la fecha de la última atención. Mínimo cinco (5) años en el archivo de gestión del prestador de servicios de salud, y mínimo quince (15) años en el archivo central. Una vez transcurrido el término de conservación, la historia clínica podrá destruirse.

Se debe reconocer que la historia clínica es un elemento fundamental para probar que un paciente ha recibido una atención correcta para probar ante un hecho jurídico, es un medio de información que permite la investigación y facilita la docencia, se debe tener en cuenta que la historia clínica pertenece al paciente. Existen unas condiciones tales como ser veraz, secuencial, completa, coherente, estricto de manera legible, clara, sin enmendaduras o espacios en blanco. Si esta va ser un cambio de medico el reemplazo esta obligado a entregarla con sus anexos.

Según Eduard Rey Forero el contenido de una historia clínica tiene ciertos requisitos: Información general (parte administrativa). Condiciones del paciente a su llegada, identificación, tipo de atención prestada, hospitalaria, ambulatoria, urgencias, identificación del paciente, nombre, edad, sexo, nacionalidad, documento de identidad, dirección, nombre y dirección de la persona responsable, condiciones de llegada, notificación a las autoridades de policía, notificación a los familiares, o al servicio de salud, (en los casos que se hagan necesarios).

De la parte medica incluye motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, examen físico, examen específico relacionado con la patología, impresión diagnostica, conducta por seguir, evolución, recomendaciones, firma, código o registro del medico, tratamiento recibido: se anotará el nombre del medicamento, dosis, horario, indicaciones sobre vías de administración. La prescripción debe ir firmada por la persona que la ordena.

De la parte administrativa debe ceñirse a la resolución 003905 de 1994 del ministerio de salud y la Superintendencia Nacional de Salud. Se anotarán los diagnósticos de ingreso y egreso, tipo de tratamiento, exámenes, diagnósticos, lugar y tipo de atención,

complicaciones, condiciones de egreso, firma y código de quien presta la atención.

Información financiera y administrativa. (Rey, Eduard., 1997)

1.4.3. Historias Clínicas Utilizadas en las Diferentes Universidades

A continuación se hará un breve resumen de las historias clínicas que se manejan en las siguientes facultades.

Colegio Odontológico Colombiano

Universidad Metropolitana de Barranquilla

Corporación para Estudios en Salud (CES)

Universidad Nacional de Colombia Medellín UNISALUD

Universidad San Martín

Universidad Nacional de Bogotá

Universidad el Bosque

Historia Clínica del Colegio Odontológico.

Los componentes de la historia clínica constan de información general, motivo de consulta, anamnesis, de un diagnóstico y un plan de tratamiento. En la información general se necesita datos personales del paciente como: Nombre, edad, sexo, estado civil, dirección, teléfono, escolaridad, profesión, si tiene médico particular o si es atendido por otra entidad. Se toman los datos del estudiante por quien va hacer atendido y a supervisión de que docente.

El motivo de consulta es la razón o causa que lleva al paciente, a realizarse un examen para su diagnóstico y tratamiento.

La anamnesis es la relación de enfermedades que sufren o padecen tanto el paciente como su familia, de manera que se establezca una memoria que contribuya a determinar cual sería el mejor tratamiento a seguir. Las cuales pueden ser: Alergia, Anorexia, Artritis, Artritis Reumatoidea, Cáncer, Cardiopatías, Cefalea, Cirugía, Convulsión, Diabetes, Diarrea, Discrasia Sanguínea, Disfagia, Disnea, Disuria, Edema, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Gastrointestinales, Enfermedades Hepáticas, Enfermedades Venéreas, Epilepsia, Expectoración, Fiebre, Fiebre Reumática, Hemoptisis, Hiperhidrosis, Hipertensión, Inmunodeficiencia, (inmunodeficiente), Linfadenopatías, Melenas, Nauseas, Palidez, Parestesia, Pirosis, Polidipsia, Prótesis, Taquicardia, Tuberculosis, Tos, Trauma, Vómito.

Hay una Historia Estomatológica: Donde se analiza mas que todo la articulación temporomandibular y los músculos, Se habla como es la dieta del paciente y su higiene oral. También en los tratamientos recibidos hay que especificar los realizados a nivel de cavidad oral.

El examen físico oral es la evaluación de tejidos blandos, se tiene en cuenta, labio, carrillos, surco vestibular, gingival, reborde alveolar, lengua, piso, boca, frenillos, paladar duro, paladar blando, amígdalas, orofaringe, glándulas salivares, aquí debemos describir si presentan algún tipo de lesión.

En la evaluación periodontal se observa la encía, su color, margen de consistencia, textura, grosor, contorno, papilas, encía adherida, si están normales o presentan alguna anomalía, si

hay presencia o ausencia de cálculos, sangrado, supuración, exudado, movilidad dentaria, frenito.

Para la evaluación de higiene Oral se ve como llega nuestro paciente en cuanto a presencia de placa bacteriana y su localización en las caras de los dientes. En el periodontograma Se percibe el sondaje inicial de cada uno de los dientes, la distancia de la línea mucogingival y si presenta recesiones. Con el examen físico se busca hacer una descripción de las condiciones como llega el paciente a la consulta odontológica; se le pregunta su peso, estatura y se toma su temperatura, pulso, presión arterial, frecuencia cardíaca y ritmo cardíaco. Se desarrolla un procedimiento descriptivo como se encuentran sus ojos, nariz, senos paranasales, pelo, uñas, piel, cuello, pares craneales, si presenta alguna anomalía se apunta en observaciones.

En la evaluación psicológica se determina el estado de ánimo, su forma de pensar, sus movimientos y como es la relación con el odontólogo o estudiante que lo esta tratando. Lo cual permite analizar cual es su actitud ante el tratamiento.

Con el examen físico craneo mandibular Se evalúa como se encuentra el paciente, en cuanto al examen facial frontal si hay simetría o asimetría, se analiza la relación de los tercios de la cara, si presenta competencia labial al igual que el surco labio mentoniano y que perfil presenta. Se subdivide en:

Examen intra oral: Busca determinar cual es la clasificación de Angle; cuantos milímetros presenta el overjet y el overbite y como se encuentra la línea media dentaria tanto superior como inferior, y si presenta, apiñamientos, diastemas y facetas de desgaste.

Examen de oclusión: Se observa la mordida del paciente en un plano sagital y vertical, para determinar si es norma relación, disto relación o si presenta alguna alteración en anteriores.

Examen Funcional: Tiene como propósito determinar cuales son los puntos de contactos prematuros, movimientos excursivos, movimientos mandibulares, ruidos articulares que presente o relate el paciente.

Palpación Articular y muscular: Se examina la articulación temporomandibular al examinar los músculos de la masticación.

Evaluación dental, Odontograma: Aquí se describe lo que se observa intraoral en cada uno de los dientes, representado con diferentes colores en los dibujos del diagrama las guías que orientarán la realización del tratamiento.

En los exámenes complementarios evaluamos el tiempos de coagulación por medio de los exámenes de laboratorio tiempo parcial de tromboplastina (TPT), tiempo de pro trombina (TP), Cuadro Hemático (CH).

Examen radiográfico se especifica la clase de radiografía panorámica, peri apicales, coronales, oclusales y otras, si presenta alguna anomalía o patología que resalte en cada una de las regiones anterior superior e inferior, canino superior e inferior, premolar superior e inferior y molar superior e inferior.

En los Modelos articulados puede evidenciarse con el articulador abierto la configuración del arco superior e inferior, longitud de espacios edéntulos, diastemas, apiñamientos, mal posiciones y facetas de desgaste; con el articulador cerrado observamos clasificación de angle, sobre mordida vertical y horizontal, relación intermaxilar, relación dentaría, planos oclusales, extrusiones e intrusiones y movimientos excursivos.

A través de pruebas se obtienen los Diagnósticos definitivos, como exámenes cráneomandibulares, tejidos blandos, periodontales, dentales y endodónticos, se tiene como finalidad la definición de la etiología del paciente.

Con el plan de tratamiento ideal el estudiante debe definir cual debe ser el mejor tratamiento para brindar un servicio optimo a su paciente y de esta manera, debe explicarle su tratamiento y así obtener su disposición para asistir a las citas clínicas.

El tratamiento a realizar se debe definir con el estudiante en términos concretos para desarrollar paso a paso el tratamiento conducente a la realización del plan ideal de trabajo.

En secuencia del plan de tratamiento el estudiante debe describir el procedimiento exacto que va a realizar en el paciente de acuerdo al plan de tratamiento a realizar, al final se coloca la firma y huella dactilar del paciente lo que significa que éste presta su consentimiento para que se desarrolle el tratamiento.

En la evaluación cronológica del tratamiento el estudiante debe registrar el cumplimiento de cada uno de los pasos que se han descrito en la relación de procedimientos, para su validez requiere la firma del docente de clínica. (Anexo 1.)

La historia de la Fundación Hospital Universitario Metropolitano Universidad Metropolitana de Barranquilla consta de las diferentes partes: Semiología General-oral empezando con datos de identificación, motivos de consulta, historia d la enfermedad actual, antecedentes familiares, antecedentes personales, revisión por sistemas, examen físico general, examen estomatológico, extraoral, intraoral, exámenes complementarios, impresión diagnóstica, plan de tratamiento, remisiones, pronóstico, manejo y evolución, finalizando con la firma del alumno, visto bueno del docente y la fecha, (anexos 2).

En la historia Clínica de la Corporación para Estudios en Salud (CES) de Medellín está compuesta por un encabezamiento con los datos personales del paciente, luego

encontramos precauciones, identificación, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión Por sistemas, antecedentes personales, exámenes físicos, boca, lesiones presentes, ayudas diagnósticas, interpretación radiográfica, diagnósticos presuntivos, plan de tratamiento, pronóstico, observaciones, manifestaciones de consentimiento, información por parte del paciente, continua con una hoja de evaluación donde tiene el numero de la historia y datos del paciente, anexan otra hoja con numero de historia, datos personales del paciente, revisión de sistemas, diente, conductimetría, econometría, radiografías, hay dos diagramas de operatoria, una de propuestas y tratamiento, (anexos 3)

La historia clínica es de la Universidad Nacional de Colombia unisalud, encabeza con número de historia, fecha, identificación, anamnesis próxima, anamnesis remota, historia odontológica previa, señales, aspectos anormales, examen gingival básico, examen dental, Odontograma, radiografías ordenadas, pronóstico, diagnóstico, plan de tratamiento, firma y sello del odontólogo y firma del paciente, procedimiento realizado, anexan una ficha de examen periodontal con identificación, Odontograma con sus convenciones, oclusión prematura, hoja de periodoncia, fecha, identificación, datos del doctor, encía, índice de placa, diagnostico, plan de tratamiento y desarrollo del tratamiento. (anexo 4)

Historia clínica de la Fundación Universitaria San Martín de adultos aquí como todas las historias tienen su numero, datos de identificación del estudiante, fecha, identificación del paciente, motivo de consulta, historia de la afección presente, (motivo de consulta)antecedentes familiares, personales, examen físico y clínico, índice de dientes cariados obturados y perdidos (COP), curso del tratamiento, signos convencionales,

observaciones, diagnostico, pronostico, plan de tratamiento, examen y análisis periodontal donde se examen clínico, factor etiológico, hábitos, Odontograma, tratamiento, firma del paciente, docente y residente, continua con mantenimiento periodontal, nombre del paciente, ultima visita al tratamiento periodontal, fecha control de placa, examen periodontal y radiográfico, diagnostico y plan de tratamiento, evaluación de higiene oral, Nombre del paciente, numero de historia, fecha de registro, control de placa, reevaluación #1, reevaluación #2, plan de tratamiento ideal, firma del paciente, docente y alumno, diagnostico, pronostico, plan de tratamiento real, presupuesto, hay un compromiso del paciente de cancelar su tratamiento firma del paciente alumno y docente y por ultimo análisis de oclusión. (anexo 5)

Historia clínica de la Universidad Nacional de Bogotá se encuentra compuesta por los siguientes elementos. Alerta Médica, Número de Historia y fecha, Nombre del estudiante código, clínica y docente, Identificación del paciente, Enfermedad actual, historia de la enfermedad actual, Médico tratante, teléfono, fecha última vista, motivo de consulta, está tomando algún medicamento, cuál?, Antecedentes médicos personales y familiares, Antecedentes Socio-Ambientales, Antecedentes Familiares, Antecedentes Estomatognáticos Frecuencia y ultima visita al odontólogo, Tratamientos, Experiencias anteriores: Positivas o negativas, Higiene oral, Examen físico, Aspectos generales, Examen extraoral, Examen intraoral, Examen dental, Odontograma, Examen periodontal, Examen oclusal, Diagnóstico Inicial, Exámenes Complementarios, Resumen de signos, Resumen diagnóstico, Pronostico Integral, Conducta a seguir, Tratamiento integral, Condiciones de pago y nota, firma, fecha, Hoja de evolución y tratamiento, Registro y programación de

procedimientos e insumos clínicos por sesión, Registro y control de pagos, observaciones finales, central de historias. (anexo 6)

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General

Diseñar una nueva historia clínica basados en las estrategias académicas y legislaciones en salud actual para uso en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano.

1.5.2. Especifico

- Elaborar un manual de uso de la historia clínica.
- Establecer la información general
- Identificar motivo de consulta
- Identificar la anamnesis
- Establecer el examen físico general
- Identificar los exámenes complementarios
- Diseñar el diagnóstico definitivo
- Diseñar el plan de tratamiento ideal y tratamiento a realizar
- Diseñar la evaluación cronológica del tratamiento

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo.

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Historia Clínica.

2.3. VARIABLES

Manual de uso de historia clínica

Información General

Motivo de consulta

Anamnesis

Examen físico general

Exámenes complementarios

Diagnóstico definitivo

Plan de tratamiento ideal y tratamiento a realizar.

Evaluación cronológica del tratamiento

2.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para efectos de esta investigación, se consiguieron los formatos de las historias clínicas de las siguientes universidades:

Colegio Odontológico Colombiano

Universidad Metropolitana de Barranquilla

Corporación para Estudios en Salud (CES)

Universidad Nacional de Colombia UNISALUD de Medellín

Universidad San Martín

Universidad Nacional de Bogotá

Universidad del Bosque

2.5. PROCEDIMIENTO

Se recopilaron 7 historias clínicas de diferentes universidades donde se analizó detalladamente cada una de ellas, teniendo en cuenta parámetros dados por el Ministerio de Salud.

Para llegar al diseño se tuvo en cuenta principalmente la historia del Colegio Odontológico Colombiano, de la universidad Nacional se tomo la historia odontológica previa, de la

universidad San Martín se utilizó un dibujo para el periodontograma como para la secuencia del plan de tratamiento, la gran parte de la historia clínica sigue siendo la actual. El propósito del diseño de esta historia clínica es facilitar una rápida comprensión al alumno para que obtenga toda la información necesaria y pueda realizar un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento adecuado al paciente.

3. RESULTADOS

3.1. GUÍA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Información general: La historia clínica se identifica con un número interno el cual se determina al momento que el paciente la adquiere en la Institución. Igualmente tiene un espacio para anotar el número de la cédula de ciudadanía, y los espacios para dejar constancia del día, mes y año en el cual se inicia el tratamiento.

Una vez hecho lo anterior el estudiante debe escribir claramente su nombre y apellidos, el número de su código e igualmente deberá dejar anotado el nombre y apellidos del docente, el turno, el piso y el semestre del estudiante.

Enseguida se consignan los datos personales del paciente como son: nombre, cédula, dirección de la residencia, teléfono, dirección laboral, edad, sexo, raza, estado civil, escolaridad, ocupación.

Es importante tener en cuenta que debe dejarse consignado datos como nombre de la persona a la cual avisar en caso de accidente, el nombre del médico del paciente.

Motivo de consulta: La fecha y motivo de las últimas consultas médicas y odontológicas, y la razón por la cual acude al Colegio Odontológico Colombiano, lo cual se deberá dejar anotado en las propias palabras del paciente.

Examen físico: le pregunta al paciente su peso, estatura, luego con el termómetro se le toma la temperatura, con el fonendoscopio y tensiometro sele toma la presión arterial y se le mide la frecuencia cardiaca.

Anamnesis: Con relación a la historia familiar se interroga al paciente si alguna persona de su familia (padre, madre y abuelos) presenta ó ha presentado alguna enfermedad con compromiso sistémico.

Historia médico personal: Se interroga al paciente si ha sufrido alguna enfermedad que comprometa el tratamiento odontológico a realizar preguntándole por enfermedades como: Diabetes, cáncer, cardiovasculares, hemorrágicas, artritis, tuberculosis, alergias, dermatológicas, anomalías congénitas, mentales, hospitalizaciones, traumas, cirugías, cardiopatías, hipertensión, hepáticas, fiebre reumática, artritis reumatoidea, gastrointestinales, venéreas, inmunodeficiencias, epilepsia, respiratorias, endocrinas, fármaco dependencia, trastornos mentales.

Historia odontológica previa: Se debe establecer la época en que se presentó la ultima visita odontológica, las tres posibilidades son: dentro de los últimos 6 meses, después de 6 meses o nunca.

Debe marcarse con una X lo que corresponda, igualmente debe establecer cual ha sido la atención odontológica recibida y si ésta ha sido en el área de prevención, operatoria, cirugía, rehabilitación, periodoncia, ortodoncia y endodoncia, debe determinar marcando con una X en el espacio correspondiente, si el paciente le han aplicado anestesia local y

anestesia general. Es importante que determine si el paciente presenta alguna complicación con la aplicación de anestésicos.

Enseguida se debe interrogar al paciente si ha sufrido de hemorragias por exodoncias ó cirugías periodontales.

Higiene oral: Debe definir que tipo y cavidad de higiene oral tiene el paciente, estableciendo además que realidades utiliza como: dentífrico, cepillo, seda dental, enjuagues y otros.

Historia Estomatológica: Debe interrogar al paciente, marcar la respuesta que corresponda, si padece algún tipo de dolor ó molestia en los músculos masticatorios al comer, bostezar, dormir, hablar; utilizando fonendoscopio (colocándolo a nivel de la articulación temporomandibular), pida al paciente que realice movimientos de apertura y cierre para que pueda establecer si produce ruido articular, para evaluar las alteraciones en el movimiento se le pide al paciente que realice movimientos de apertura, cierre, lateralidad derecha e izquierda.

Enseguida establezca si faltan piezas dentarias en el paciente. Se le pregunta si acostumbra a morder esferos, lápices, y humedece los labios con la lengua. Para evaluar la xerostomía se observa si presenta resequedad en los labios y carrillos, se le pregunta si presenta dolor en alguna pieza dentaria.

Determine si el paciente sufre alguna molestia ó dolor ante una comida, bebida fría ó caliente, al momento de cepillarse. Debe observarse si el paciente tiene ó no mal aliento.

Se continua con el examen facial, señalando con una X si hay asimetría o simetría, el examen intraoral debe evaluarse la clasificación de Angle en resalte (overjet) si es normal ó

esta aumentada, evalúe si el entrecruzamiento (overbite) si es normal ó anormal. Igualmente observe si la línea media dentaria superior ó inferior es normal o desviada.

El análisis de espacio se tiene en cuenta apiñamiento, diastemas y facetas de desgaste de acuerdo en el maxilar que se encuentre.

Examen Funcional: Pida al paciente que haga movimiento de apertura y cierre para determinar en que lado contacta primero sus dientes, igualmente pídale que realice movimientos de lateralidad derecha, estableciendo qué dientes contactan en trabajo derecho y en trabajo izquierdo, y sería balanza izquierda de igual manera para el lado contrario.

Con un dentímetro mida en milímetros la longitud de apertura, protrusión, lateralidad, izquierda, lateralidad derecha y desviación en el movimiento.

Para diagnosticar si presenta ruido articular derecho se le pide al paciente que realice movimientos de apertura y cierre palpando su articulación temporomandibular, si tiene alguna observación haga la anotación correspondiente en el espacio en blanco.

Con relación al examen físico oral se evalúan los tejidos blandos y óseos, observe si presenta algún tipo de lesión ubicando su localización, tamaño, consistencia, textura, síntomas y tipo de evolución de labios, carrillos, surco vestibular, gingival, reborde alveolar, lengua, piso de boca, frenillo, paladar duro y blando, amígdalas, oro faringe, glándulas salivales, marcando con una X en la casilla **N** si es normal ó **A** si es anormal.

Establezca si la encía esta normal ó anormal teniendo en cuenta su color, margen, consistencia, textura, grosor, contorno, papilas, encía adherida, cálculos, sangrado, exudado, movilidad dentaria y frenillo.

Periodontograma: Determine como utilizando la sonda periodontal, si se presenta alguna recesión, haga la aclaración correspondiente. Mida la línea mucogingival, ésta irá pintada en el diagrama de color verde y el nivel de inserción irá en el diagrama de color rojo, finalmente tenga en cuenta que si faltan piezas dentarias, los espacios deben llenarse de color negro.

Odontograma: Determine clínicamente como llega el paciente, cual es el estado de sus dientes y se representa en el diagrama: la caries activa en color rojo, caries recurrente margen roja, ausentes en color negro, vitalidad (+) (-), resinas en color amarillo, amalgama en gris, incrustaciones coronas en dorado, temporal en color verde, cambio de color naranja, erosión en café, fracturas una línea, dolor un triángulo, mal posiciones será designado con una flecha según la posición del diente.

Exámenes complementarios: Se especifica el tipo de radiografía, se escribe si presenta algún tipo de patología especificando su zona.

Diagnóstico: Determine el diagnóstico, etiología y pronóstico a nivel general, cráneo mandibular, orales de tejidos blandos y óseos, periodontales, dentales y endodónticos.

Con respecto al plan de tratamiento donde se encuentra el tratamiento ideal y el tratamiento a realizar, además se adjunta de acuerdo a nuestro paciente el tipo de tratamiento que requiere, ya sea periodoncia, cirugía, endodoncia, operatoria, prostodoncia y mantenimiento. Si se tiene alguna observación se anotará en la parte de abajo.

Secuencia del plan de tratamiento: Se describe de acuerdo al paso que se vaya a realizar en periodoncia: terapia básica, cirugía, endodoncia, operatoria y prostodoncia y se especifica en el diagrama lo que se va realizando de acuerdo al tratamiento.

Evaluación cronológica de tratamiento: Se anota con fecha exacta, se especifica el procedimiento, debe firmar el estudiante, docente, paciente y un abono al tratamiento.

3.2. DISEÑO DE HISTORIA CLINICA

El diseño de la historia clínica fue con el fin de resumirla y darle tanto al estudiante y docente como al paciente mayor rapidez a su diligenciamiento.

La historia clínica se elaboró ó reformó con base a diferentes historias clínicas de universidades ya mencionadas, resumiendo así lo más completo e importante de cada una.

Esta compuesta por un encabezamiento donde se le informa al paciente que es atendido por un estudiante, en este formato se incluirá número de cédula de ciudadanía, como número de historia clínica, como lo exige el Ministerio de Salud, su contenido esto por diferentes partes: Información general, motivo de consulta, examen físico, anamnesis, historia odontológica previa, historia estomatológica, examen funcional, examen físico oral, evaluación periodontal periodontograma, odontograma, exámenes complementarios, exámenes laboratorio, diagnóstico, plan de tratamiento ideal y a realizar, evaluación cronológica del tratamiento y secuencia del plan de tratamiento.

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
HISTORIA CLINICA
"Atención por estudiante"

CODIGO INTERNO

I. INFORMACIÓN GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES ESTUDIANTE	CODIGO	TELEFONO
APELLIDOS Y NOMBRES DOCENTE	PISO	SEMESTRE

HISTORIA CLINICA

C.C.

DIA

MES

AÑO

APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE					CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO		EXPEDIDA EN:		
					TARJETA DE IDENTIDAD						
					OTROS						
DIRECCION RESIDENCIA				CIUDAD		DIRECCION LABORAL				CIUDAD	
TELEFONO						TELÉFONO					
EDAD	SEXO	RAZA	EST. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: TELEFONO					
NOMBRE DEL			MEDICO		TIENE HISTORIA CLINICA		SI	NOMBRE INSTITUCION			
TELEFONO					EN OTRA INSTITUCIÓN		NO	TELÉFONO			
ULTIMA VISITA MEDICO (FECHA Y RAZON)			ULTIMA VISITA ODONTOLOGO (FECHA Y RAZON)				PORQUE ESCOGIO AL COC PARA SU TRATAMIENTO?				

II. MOTIVO CONSULTA

III. EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL		
PESO	ESTATURA	TEMPERATURA
PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA	

IV. ANAMNESIS

H.C. No.

HISTORIA FAMILIAR

HISTORIA MEDICA PERSONAL

V. HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

ULTIMA VISITA ODONTOLÓGICA: MENOS DE 6 MESES ☐ MAS DE 6 MESES ☐ NUNCA ☐

ATENCIÓN RECIBIDA ☐ PREVENCIÓN ☐ OPERATORIA ☐ CIRUGÍA ☐ REHABILITACIÓN ☐ PERIODONCIA ☐ ORTOPEDIA Y ORTOD. ☐

LE HAN PRACTICADO ANESTESIA LOCAL SI ☐ NO ☐ ANESTESIA GENERAL: SI ☐ NO ☐

TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN CON LA ANESTESIA

HA TENIDO HEMORRAGIAS POST-EXODONCIA O CIRUGIA PERIODONTAL

OBSERVACIONES

HIGIENE ORAL

HIGIENE ORAL BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA ☐ FRECUENCIA CEPILLADO

ELEMENTOS UTILIZADOS CEPILLO ☐ DENTRIFICO ☐ SEDA DENTAL ☐ ENJUAGUES ☐

OTRO ☐

VI. HISTORIA ESTOMATOLOGICA

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1 DOLOR MUSCULOS MASTICATORIOS			5 DESARMONIAS OCLUSALES			9 DOLOR / ARDOR T. BLANCOS		
2 DOLOR A.T.M.			6 HABITOS			10 SENSIBILIDAD DENTARIA		
3 RUIDO A.T.M.			7 XEROSTOMIA			11 SANGRADO GINGIVAL		
4 ALTERACION EN EL MOVIMIENTO			8 ODONTALGIA			12 HALITOSIS		

EVALUACIÓN PERIODONTAL

ENCIA	N	A		N	A
1. COLOR			5. GROSOR		
2. MARGEN			6. CONTORNO		
3. CONSISTENCIA			7. PAPILAS		
4. TEXTURA			8. ENCIA ADHERIDA		

	SI	NO
9. CALCULOS		
10. SANGRADO		
11. SUPURACION / EXUDADO		
12. MOVILIDAD DENTARIA		
13. FREMITO		

OBSERVACIONES

ENCIA	N	A		N	A
1. COLOR			5. GROSOR		
2. MARGEN			6. CONTORNO		
3. CONSISTENCIA			7. PAPILAS		
4. TEXTURA			8. ENCIA ADHERIDA		

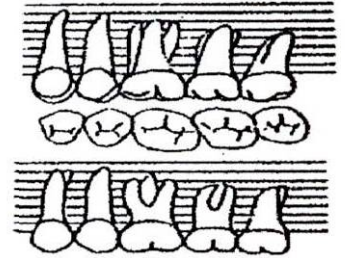
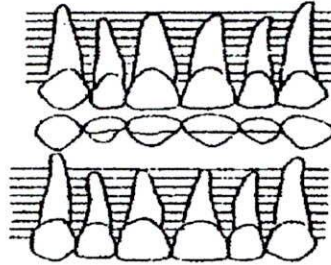
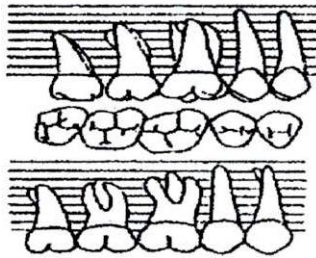
	SI	NO
9. CALCULOS		
10. SANGRADO		
11. SUPURACION / EXUDADO		
12. MOVILIDAD DENTARIA		
13. FREMITO		

OBSERVACIONES

PERIODONTOGRAMA

NIVEL INSERCIÓN

SECESIÓN



NIVEL INSERCIÓN

SECESIÓN

MOVILIDAD

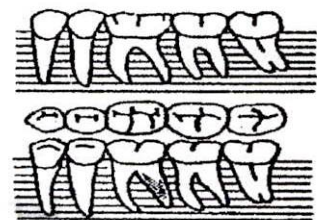
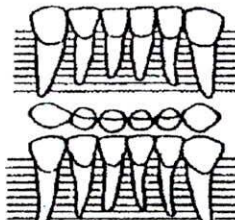
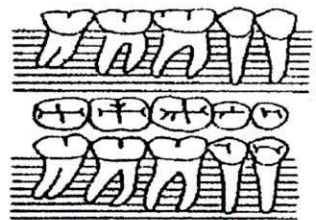
LÍNEA MUCOGINGIVAL

NIVEL INSERCIÓN

SECESIÓN

MOVILIDAD

LÍNEA MUCOGINGIVAL



NIVEL INSERCIÓN

RECESSION

LÍNEA MUCOGINGIVAL

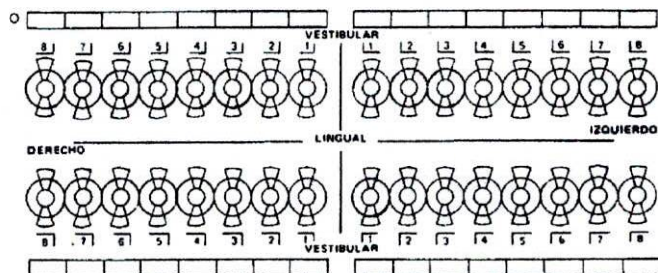
V

I

V

ODONTOGRAMA

28	
27	
26	
25	
24	
23	
22	
21	

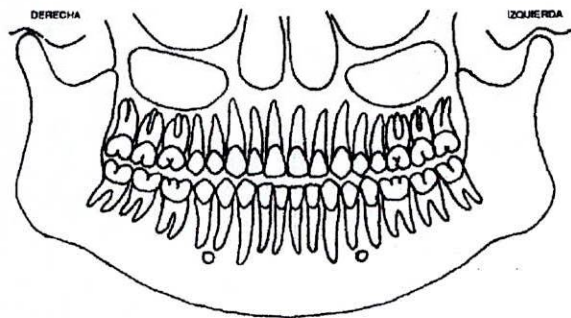


31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN RADIOGRÁFICO

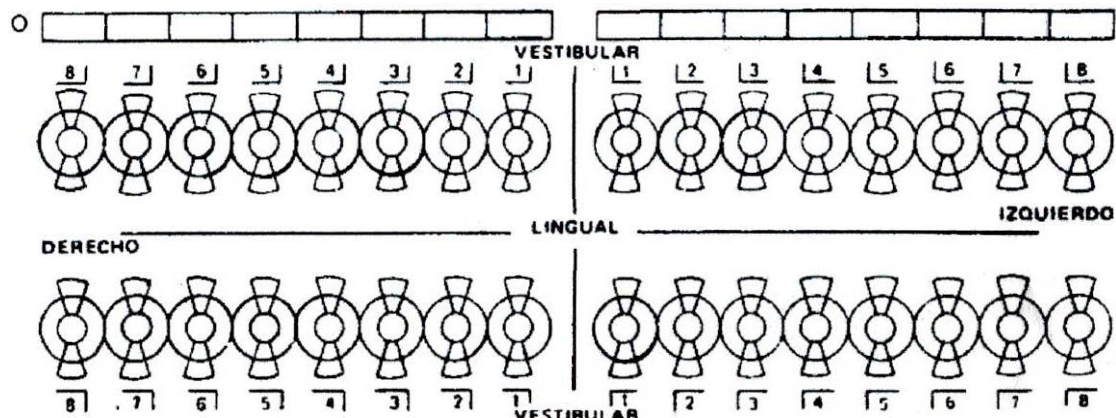
PANORÁMICA	PERIAPICALES	CORONALES	OCUSALES	OTRAS
------------	--------------	-----------	----------	-------

[illegible]

H.C. No.

[illegible]

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd



H.C. No.

EVOLUCION CRONOLOGICA DEL TRATAMIENTO

[illegible]

4. CONCLUSIONES

- La historia clínica es el principal instrumento con que cuenta el estudiante para desarrollar su práctica clínica.
- Se encontró que la historia clínica tiene diferentes características como la obligatoriedad de su uso, la privacidad de su manejo y la seriedad con la cual debe ser manejada.
- Se determinó que todo paciente que sea atendido en el Colegio Odontológico Colombiano de tener una historia clínica abierta como requisito previo para su atención.
- La privacidad de la historia clínica implica tanto la protección legal del derecho a la intimidad del paciente, como la información allí contenida, por lo tanto el manejo de la historia clínica es responsabilidad del estudiante.
- Después de analizar y considerar diferentes modelos de historias clínicas, se presentó un nuevo modelo de historia clínica para el Colegio Universitario Colombiano, que su uso sea más sencillo tanto para los docentes y estudiantes como para los pacientes.

- Se pudo encontrar que el valor fundamental de la historia clínica además de la identificación general de paciente proporciona una herramienta útil para controlar eficientemente el tratamiento que recibe el paciente por parte del alumno.

5. RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer uso de este nuevo diseño de historia clínica en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Centro, Sede Chía, Sede Norte y Clínicas Adscritas como son las de Palermo, Cedritos, Chapinero, Teusaquillo.

BIBLIOGRAFIA

LEY 23 de 1981. Artículos 34, 35, 36, 37, 38, 39.

MINISTERIO DE SALUD. Registros Médicos e historias clínicas República de Colombia, Bogotá, enero de 1983.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 25-46, julio 2 de 1998.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 1995 de julio 8 de 1999

PEREZ BRIGARD, Ana María. Valor jurídico de la historia clínica. Santa fe de Bogotá 1996.

REY FORERO, Eduard. Temas Médicos Jurídicos. Santa fe de Bogotá 1997.

Se utilizaron diferentes Historias Clínicas:

Colegio Odontológico Colombiano, Formato de historia clínica, 1999.

Universidad Metropolitana de Barranquilla, Formato de historia clínica, 1999.

Corporación para Estudios en Salud, Formato de historia clínica, 1999.

Universidad Nacional de Colombia Medellín, Formato de historia clínica, 1999.

Universidad San Martín, Formato de historia clínica 1999.

Universidad Nacional de Bogotá, Formato de historia clínica, 1999.

Universidad de El Bosque, Formato de historia clínica, 1999.

ANEXOS

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
HISTORIA CLÍNICA

I. INFORMACION GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES ESTUDIANTE				CODIGO		SEM.	TELEFONO	
APELLIDOS Y NOMBRES DOCENTE				PISO	TURNO	R. MINS.		

HISTORIA CLINICA		
DIA	MES	AÑO

APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE			CEDULA TARJETA I.D OTRA	NUMERO	EXPEDIDA EN		
DIRECCION RESIDENCIA	CIUDAD	TELEFONO	DIRECCION LABORAL	CIUDAD	TELEFONO		
EDAD	SEXO	RAZA	EST. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A:	TELEFONO
NOMBRE MEDICO		TELEFONO	TIENE HISTORIA CLINICA EN		SI	NOMBRE INSTITUCION	
			OTRA INSTITUCION		NO	TELEFONO	
ULTIMA VISITA MEDICO (Fecha y Razón)			ULTIMA VISITA ODONTOLOGO (Fecha y Razón)			POR QUE ESCOGIO AL COC PARA SU TRATAMIENTO?	

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. ANAMNESIS

HISTORIA FAMILIAR		SI	NO
1. Diabetes			
2. Cáncer			
3. Enf. Cardiovasculares			
4. Enf. Hemorrágicas			
5. Artritis			
6. T.B.C.			
7. Alergias			
8. Enf. Dermatológicas			
9. Anomalías Congénitas			
10. Enf. Mentales			

HISTORIA MEDICA PERSONAL		SI	NO
11. Hospitalizaciones			
12. Traumas			
13. Cirugías			
14. Cardiopatías			
15. Hipertensión			
16. Cáncer			
17. Enf. Hepáticas			
18. Alergias			
19. Fiebre Reumática			
20. Artritis Reumatoidea			
21. Enf. Dermatológicas			
22. Enf. Gastrointestinales			
23. Enf. Venéreas			
24. Inmunodeficiencias			
25. Epilepsia			
26. Enf. Respiratorias			
27. Enf. Endocrinas			
28. Fármaco dependencia			
29. Trastornos Mentales			
30. Prótesis			

REVISION POR SISTEMAS		SI	NO
31. Cefalea			
32. Fiebre			
33. Dolor Facial			
34. Hiperhidrosis			
35. Convulsiones			
36. Vértigos			
37. Lipotimias			
38. Parestesias			
39. Vómitos			
40. Diarreas			
41. Náuseas			
42. Melenas			
43. Pirosis			
44. Disfagia			
45. Hábitos Digestivos			
46. Anorexia			
47. Expectorcación			
48. Hemoptisis			
49. Tos			
50. Disnea			
51. Taquicardia			
52. Edema			
53. Palidez			
54. Dolor Precordial			
55. Discracias Sanguíneas			
56. Linfadenopatía			
57. Trast. Articulares			
58. Trast. de Piel			
59. Ictericia			
60. Disurias			
61. Cambio de Peso			
62. Polidipsia			
63. Trast. Gusto			
64. Trast. Olfato			
65. Trast. Visión			
66. Trast. Lenguaje			
67. Trast. Audición			
68. Trast. Musculo-esqueléticos			
69. Trast. Mentales			

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS						SI	NO	
M:	Años	C:	UR:	G	12	A	UP:	
							70. Planificación	

TRATAMIENTO ACTUAL:

HC

OBSERVACIONES (Historia Médica)

Interconsulta Médica SI ☐ NO ☐ REMITIDO A:

HISTORIA ESTOMATOLOGICA

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. Dolor Músculos Masticadores	☐	☐	5. Desarmonias Oclusales	☐	☐	9. Dolor/Ardor T. Blandos	☐	☐
2. Dolor A.T.M.	☐	☐	6. Hábitos	☐	☐	10. Sensibilidad Dentaria	☐	☐
3. Ruido A.T.M.	☐	☐	7. Xerostomía	☐	☐	11. Sangrado Gingival	☐	☐
4. Alteración en el Movimiento	☐	☐	8. Odontalgia	☐	☐	12. Halitosis	☐	☐

OBSERVACIONES:

DIETA

Equilibrada ☐ Hipo Calórica ☐ Hipo Protéica ☐ Hipo Lipídica ☐ Citricos ☐ Otros ☐

OBSERVACIONES:

HIGIENE ORAL

Cepillado: Frecuencia 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Técnica: ☐

1. Cepillo Duro ☐ Blando ☐ Dentífrico: ☐ Seda Dental SI ☐ NO ☐

2. Palillos SI ☐ NO ☐ 4. Enjuagatorios SI ☐ NO ☐ 5. Fluorización SI ☐ NO ☐ Otras Ayudas SI ☐ NO ☐

OBSERVACIONES:

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
1. Cirugía Oral	☐	☐	4. Periodoncia	☐	☐	7. Oclusión y A.T.M.	☐	☐
2. Operatoria Dental	☐	☐	5. Prostodoncia	☐	☐	8. Implantología	☐	☐
3. Endodoncia	☐	☐	6. Ortodoncia/Ortopedia	☐	☐	9. Medicina Oral	☐	☐

OBSERVACIONES:

IV. EXAMEN FISICO

HC

Aspecto General

Peso	Estatura	Temperatura	Pulso
Presión Arterial	Frecuencia Cardíaca	Ritmo Cardíaco	

1	OJOS	Alineación						Posición					Pupilas					
		Conjuntivas						Movimientos					Visión					
2	NARIZ SENOS PARANASALES	Simetría						Sensibilidad					Olfato					
3	PELO	Cantidad						Grosor					Distribución					
4	UÑAS	Color						Forma					Textura					
		Fisuras						Fragilidad										
5	PIEL	Color						Textura					Vascularización					
		Lesiones																
6	CUELLO	Triángulo Anterior						Porción Lateral Derecha					Porción Lateral Izquierda					
		Porción Posterior																
7	PARES CRANEANOS	I N		A		II N		A		III N		A		IV N		A		
		VII N		A		VIII N		A		IX N		A		X N		A		

OBSERVACIONES:

Interconsulta	SI	NO	Remitido a:
---------------	----	----	-------------

EVALUACION PSICOLOGICA

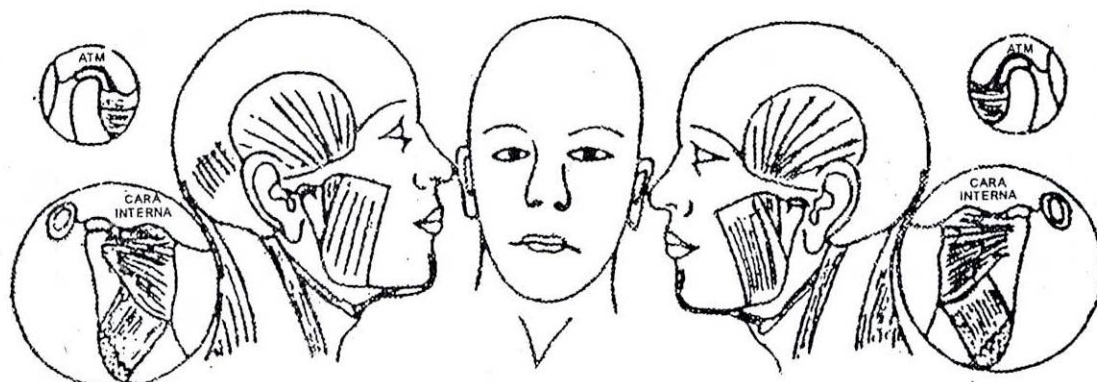
(Estado de ánimo, pensamiento, percepciones, funciones cognitivas, relaciones interpersonales, transferencia, contratransferencia.)

Interconsulta Psicológica	SI	NO	Remitido a:
---------------------------	----	----	-------------

Actitud ante el tratamiento Odontológico

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

HC



EXAMEN FACIAL	Relación de los tercios de la cara		Competencia Labial	Surco Labio Mentoniano	Perfil
FRONTAL	N	A	Presente	Normal	Recto
Simetria	Superior		Ausente	Ausente	Cón cavo
Asimetria	Me dio			Aumentado	Convexo
	Inferior				

EXAMEN INTRA ORAL	Resalte (Overjet)	Entrecruzamiento (Obervite)	Línea Media Dentaria		Análisis de Espacios	
Clasificación de Angle	Normal	Normal	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Clase I	Aumentado	Aumentado	Normal		Apiñamientos	
II	Borde a borde	Borde a borde	Izquierda		Diastemas	
III	Invertido	Invertido	Derecha		Facetas de	
					Desgaste	

EXAMEN DE DISGNACIAS	SAGITALES	VERTICALES
TRANSVERSALES	Prognatismo del Maxilar Superior	Mordida Abierta
Compresión Superior	Normorelación	Anterior
Inferior	Distorelación	Posterior
Mordida Cruzada Posteior	Mordida Cruzada Anterior	Bilateral
Bilateral	Verdadera	Unilateral
Unilateral	Falsa	Izquierda
Derecha	Pseudo	
Izquierda	Biprotusión	

EXAMEN FUNCIONAL	Movimientos Excursivos	Grado de Movimiento Mandibular	Ruidos Articulares
Primer Contacto Dentario	Trabajo Derecho Balanza Izquierda	Apertura	ATM Derecha
En Habitual		Protrusión	Chasquido
En RC		Lateralidad Izquierda	Crepitación
	Balanza Derecha Trabajo Izquierdo	Lateralidad Derecha	1/3 2/3 3/3
		Desviación en el Movimiento	Movimiento
Desplazamiento (RC - PM)		Apertura	ATM Izquierda
Anterior	Anterior	Desviación	Chasquido
Posterior	Protrusión	Línea Media	Crepitación
Izquierda	Posterior	Protrusión	1/3 2/3 3/3
Derecha		Dimensión Vertical	Movimiento
Superior		Espacio	
		DVP DVO	
		Libre	

PALPACION ARTICULAR Y MUSCULAR	Masetero	Derecho	Izquierdo	Contracción	Estiramiento	Reposo
ATM Derecha	Lateral	Posterior				
Reposo	Movimiento	PMI				
ATM Izquierda	Lateral	Posterior				
Reposo	Movimiento	PMI				
	Otros					

OBSERVACIONES:

EXAMEN FISICO ORAL

HC

EVALUACION DE TEJIDOS BLANDO Y OSEO

	N	A		N	A		N	A		N	A
1. Labios			4. Gingiva			7. Piso de Boca			10. Paladar Blando		
2. Carrillos			5. Reborde Alveolar			8. Frenillos			11. Amígdalas/Orofaringe		
3. Surco Vestibular			6. Lengua			9. Paladar Duro			12. Glandulas Salivares		

OBSERVACIONES: Descripción de lesiones (localización, color, forma, tamaño, consistencia, textura, síntomas y tiempo de evolución)

EVALUACION PERIODONTAL

ENCIA	N	A		N	A
1. Color			5. Grosor		
2. Margen			6. Contorno		
3. Consistencia			7. Papilas		
4. Textura			8. Encia Adherida		

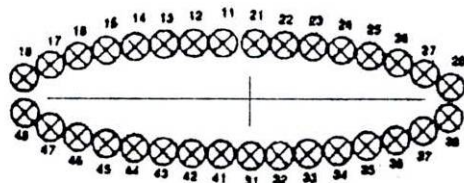
	SI	NO
9. Cálculos		
10. Sangrado		
11. Supuración/Exudado		
12. Movilidad Dentaria		
13. Frémito		

OBSERVACIONES:

EVALUACION DE HIGIENE ORAL

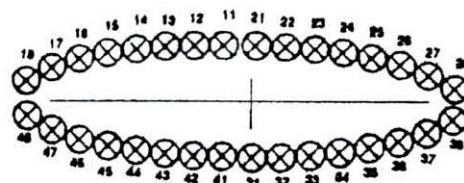
Índice Inicial

Fecha: _____



Re-evaluación 1

Fecha: _____

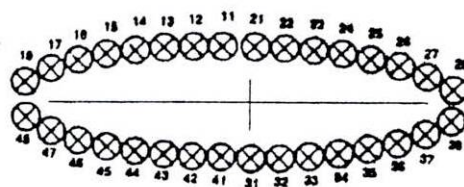


ÍNDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

	Diente	Blanda	Calcificada
Max. Inf.	Grado		
	0		
	1		
	2		
Max. Sup.	0		
	1		
	2		
	3		

Re-evaluación 2

Fecha: _____



PERIODONTOGRAMA

Furcaciones

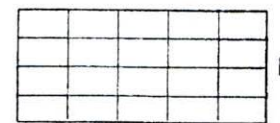
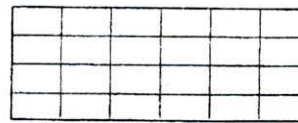
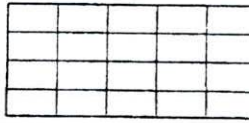


Sondaje Inicial

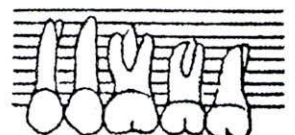
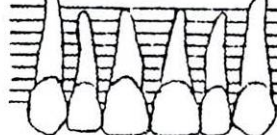
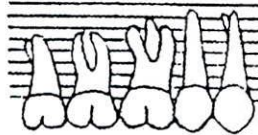
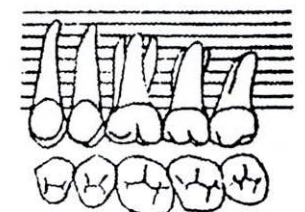
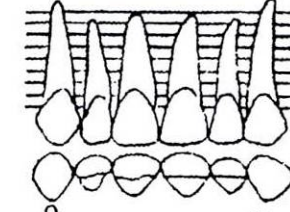
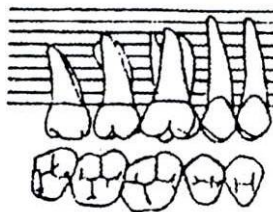
Sondaje Re-eval.

Nivel Inserción

Recesión



P



Sondeo Inicial

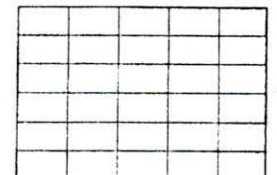
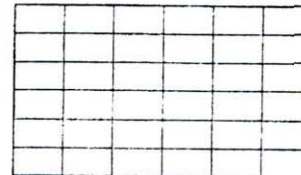
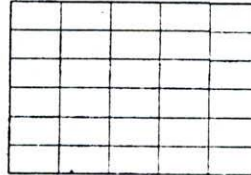
Sondeo Re-eval.

Nivel Inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival



V

D

Sondeo Inicial

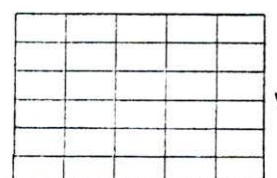
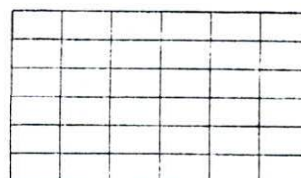
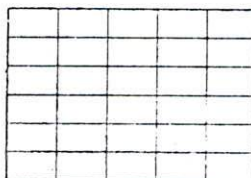
Sondeo Re-eval.

Recesión

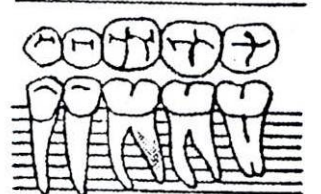
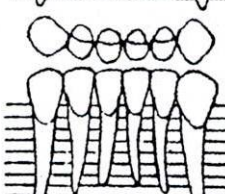
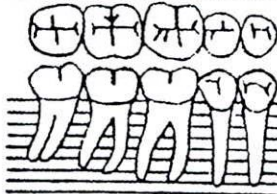
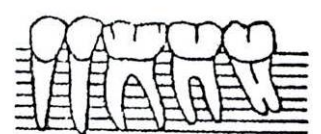
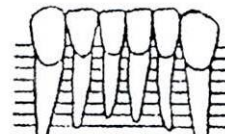
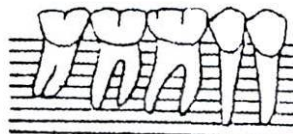
Nivel Inserción

Movilidad

Línea Mucogingival



V



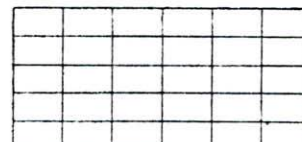
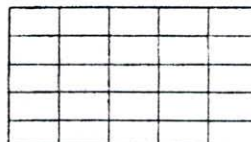
Sondaje Inicial

Sondaje Re-eval.

Nivel Inserción

Recesión

Línea Mucogingival



L

Furcaciones



Convenciones

Contactos Abiertos
Restauraciones Inadecuadas
Sobrecontornos
Vitalidad Negativa
Empaquetamiento Alimenticio

Corona Puente
Rotación Extrusión
Furca (1 2 3)
Dientes Ausentes (Negro)

Sensibilidad a la Percusión
Tensión Frenillo
Sensibilidad
Frenito

EVALUACION DENTAL

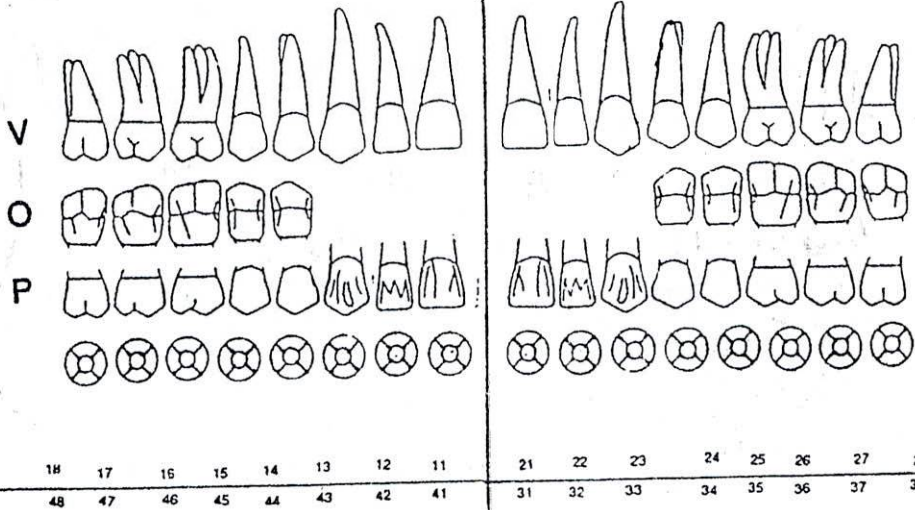
HC

ODONTOGRAMA

Convenciones
 Caries: Rojo Restauraciones
 Ausentes: Negro
 Vitalidad: (+) (-)

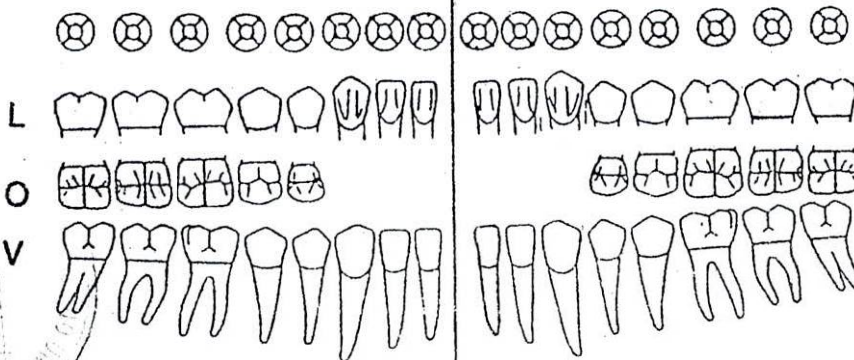
Resina/Ionómero: Amarillo
 Amalgama: Gris
 Incrustación/Corona: Dorado
 Temporal: Verde

Cambio de Color: Naranja
 Erosión: Calé
 Malposiciones:
 Fracturas: Línea
 Dolor: Rojo



18 17 16 15 14 13 12 11
 48 47 46 45 44 43 42 41

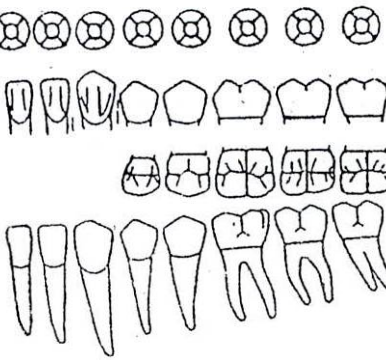
21 22 23 24 25 26 27 28
 31 32 33 34 35 36 37 38



L 18 17 16 15 14 13 12 11

O 28 27 26 25 24 23 22 21

V 48 47 46 45 44 43 42 41



L 18 17 16 15 14 13 12 11

O 28 27 26 25 24 23 22 21

V 48 47 46 45 44 43 42 41

18	
17	
16	
15	
14	
13	
12	
11	

28	
27	
26	
25	
24	
23	
22	
21	

41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	

31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	

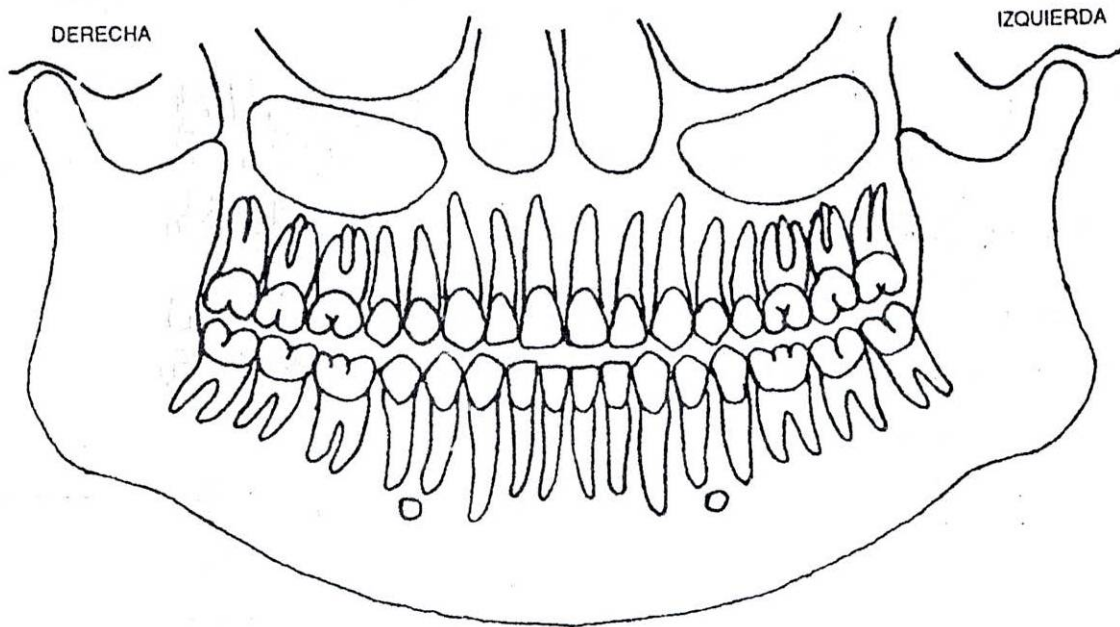
V. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

HC

--

Examen Radiográfico

Panorámica _____ Periapicales _____ Coronales _____ Oclusales _____ Otras _____

[illegible]

EXAMENES DE LABORATORIO

HC

Laboratorio Clínico (Exámenes Solicitados y Resultados)

Laboratorio Histopatológico

Biopsia

Citología

Región

Diagnósticos

ESTUDIO DE MODELOS ARTICULADOS

Ajuste del
Articulador

Distancia Intercondilar

S

M

L

Guía Condilar Vertical

DER.

IZQ.

Guía Condilar Lateral

DER.

IZQ.

Evaluación Estática (Articulador Abierto)

Configuración Arco Superior

Inferior

Limitación y Longitud

Espacios edentulos

Diastemas (II)

Apiñamiento (*)

Malposiciones

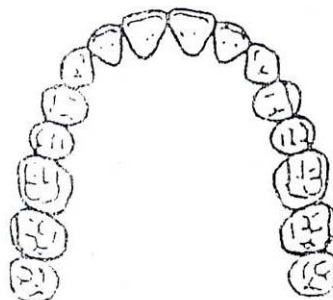
M

V

L

V

Facetas de desgaste



Evaluación Estática (Articulador Cerrado)

Clasificación de Angle

Sobremordida Vertical

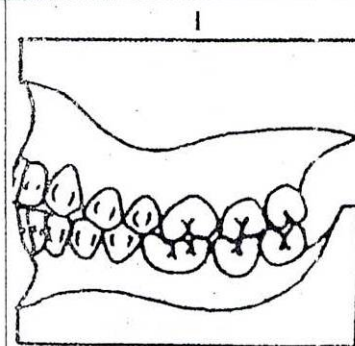
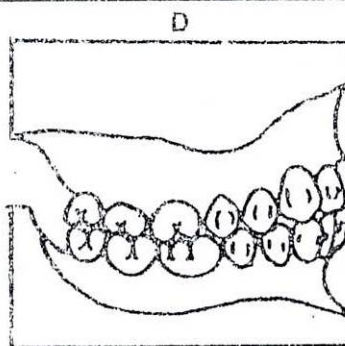
Sobremordida Horizontal

Relación Intermaxilar

Relación Dentaria

Planos Oclusales

Extrusiones () Intrusiones ()



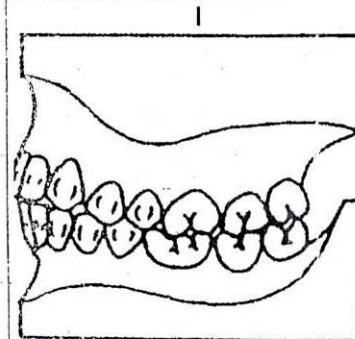
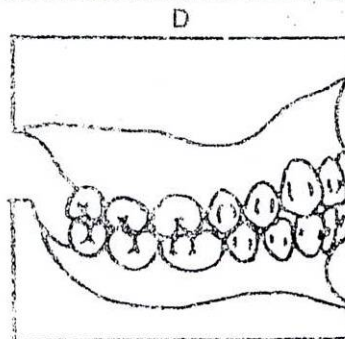
Evaluación Dinámica

Relación Céntrica

Trabajo Derecho / Balanza Izquierda

Balanza Derecha / Trabajo Izquierdo

Protrusión



IV. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

HC

Generales

Craneomandibulares

Orales

Tejidos Blando y Oseo

Periodontales

Dentales

Endodónticos

VII. ETIOLOGIA

VII. PRONOSTICO

IX. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

HC

Urgencia

Interconsultas

Medicina Oral

Prevención

Periodoncia

Endodoncia

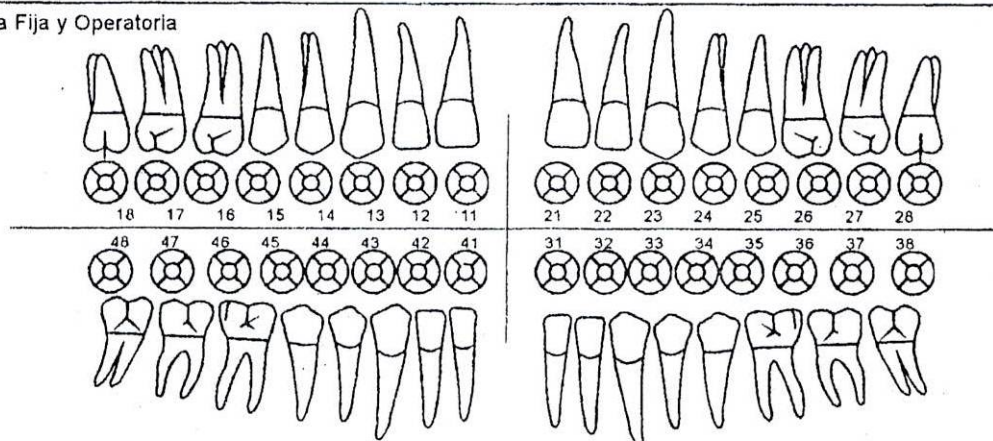
Cirugía Oral y Maxilofacial

Oclusión y ATM

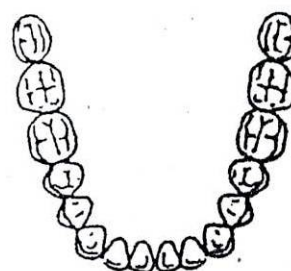
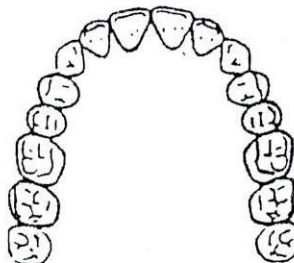
Ortodoncia

Implantología

Prostodoncia Fija y Operatoria



Prostodoncia Removable



IX. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

HC

Urgencia

Interconsultas

Medicina Oral

Prevención

Periodoncia

Endodoncia

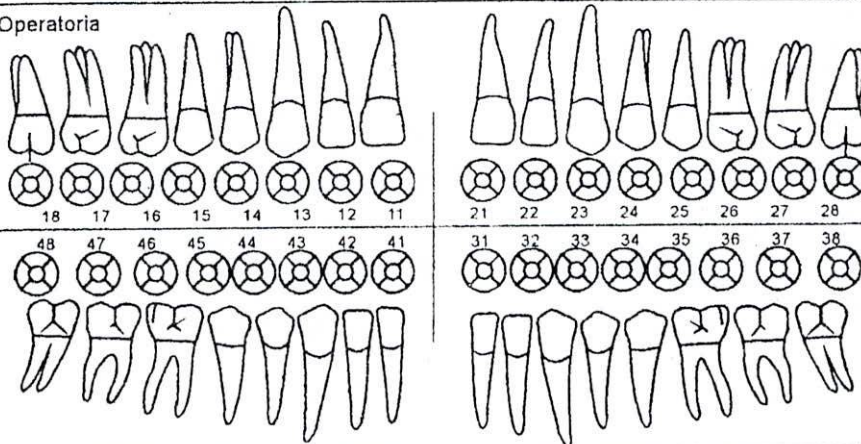
Cirugía Oral y Maxilofacial

Oclusión y ATM

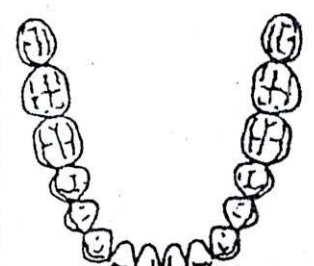
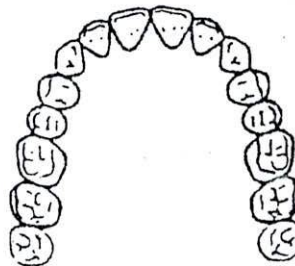
Ortodoncia

Implantología

Prostodoncia Fija y Operatoria



Prostodoncia Removible



[illegible]

[illegible]

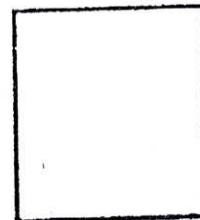
H.C.

Yo, _____ C.C. _____
declaro que conozco en su totalidad el plan de tratamiento a realizar y lo acepto, además soy consciente que en el transcurso del mismo se podrán presentar modificaciones de las cuales estaré plenamente informado. Aclaro que el tratamiento me fue explicado por parte del Alumno y Docente y lo he entendido a cabalidad.

FIRMA PACIENTE, _____

Firma Padre y/o Acudiente, _____

C. C. _____



HUELLA INDICE
DERECHO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
SEMIOLOGIA GENERAL - ORAL

I. DATOS DE IDENTIFICACION

FECHA: _____

NOMBRE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

N. P. R. _____

DIRECCION RESIDENCIA: _____

OCUPACION: _____

II. MOTIVO DE CONSULTA: _____

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: _____

IV. ANTECEDENTES FAMILIARES: _____

V. ANTECEDENTES PERSONALES

MORBIDOS: _____

QUIRURGICOS: _____

TRAUMATICOS: _____

ALERGICOS: _____

HABITOS: _____

VI. REVISION POR SISTEMAS

S. N. C. _____

S. R. _____

S. C. V. _____

S. G. I. _____

S. G. U. _____

G: _____ P: _____ A: _____

VII. EXAMEN FISICO GENERAL

COORDINACION: _____

APARIENCIA: _____

CONSTITUCION: _____

LOCOMOCION: _____

SIGNOS VITALES: PULSO: _____

P. A.: _____

TEMPERATURA: _____

F. R.: _____

VIII. EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRAORAL

CRANEO: _____

CARA: _____

PERFIL: _____

PIEL FACIAL: _____

OJOS: _____

NARIZ: _____

OREJAS: _____

A. T. M.: _____

CUELLO: _____

IX. EXAMEN ESTOMATOLOGICO INTRAORAL

LABIOS: _____

COMISURAS LABIALES: _____

MUCOSA LABIAL SUPERIOR: _____

FRENILLO LABIAL SUPERIOR: _____

MUCOSA LABIAL INFERIOR: _____

FRENILLO LABIAL INFERIOR: _____

MUCOSA YUGAL: _____

PILARES ANTERIORES: _____

AMIGDALAS: _____

PILARES POSTERIORES: _____

UVULA: _____

PALADAR BLANDO: _____

PALADAR DURO: _____

LENGUA: _____

FRENILLO LINGUAL: _____

PISO DE BOCA: _____

ENCIAS: _____

DIENTES:

NUMERO TOTAL DE DIENTES: _____

CARIES: _____

MALPOSICION: _____

MALFORMACIONES: _____

RESTOS RADICULARES: _____

AUSENTES: _____

CALCULOS: _____

X. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

EVALUACION RADIOGRAFICA: _____

EXAMENES DE LABORATORIO: _____

XI. IMPRESION DIAGNOSTICA: _____

XII. PLAN DE TRATAMIENTO: _____

XIII. REMISIONES: _____

XIV. PRONOSTICO: _____

XV. MANEJO Y EVOLUCION: _____

FIRMA DEL ALUMNO: _____

Vo. Bo. DOCENTE: _____

FECHA: _____



HISTORIA ODONTOLOGICA

Fecha: _____ Entidad: _____ C.C. _____

Apellidos y Nombres Completos: _____

Sexo: M () F () Edad: _____ Estado Civil: S () C () V () UL () O ()

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Tel. Casa: _____ Oficina: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

PRECAUCIONES:

1. IDENTIFICACIÓN:

2. MOTIVO DE CONSULTA:

3. ENFERMEDAD ACTUAL:

4. REVISION POR SISTEMAS: (Detección de nuevas enfermedades, signos y síntomas)

Cabeza:	Ojos:	Oídos:	Nariz:	Cuello:
S. Cardio - Respiratorio:		S. Gastro - Intestinal:		
S. Genito - Urinario:		S. Locomotor:		
S. Neuromuscular:		Piel y Anexos:		
Estado Mental:				
Observaciones:				

5. ANTECEDENTES PERSONALES: (Historia de enfermedades previas, ya diagnosticadas)

Patológicos:	Quirúrgicos:	
Toxicológicos:	Farmacoterapéuticos:	
Hemorragicos:	Venéreos:	
Ginecobstétricos: Menarca:	FUM: Planificación:	
P: G: A: C:		
Traumáticos:	Mentales:	Familiares:
Observaciones:		
* Odontológicos:		
Vacunaciones:		

6. EXAMEN FISICO:

Presión Arterial:	Frecuencia Cardíaca:	Frecuencia Respiratoria:
Temperatura:	Peso:	Talla:
Cabeza y Cuello:	Cara:	Ojos:
Nariz y Senos Paranasales:		Atm:

7. BOCA (Examen Estomatológico):

Labios:	Piso de Boca
Surcos Vestibulares:	Región Buco - Faringea:
Rebordes Alveolares:	Tipo de Oclusión:
Encía y Periodonto:	Estado Dental:
Lengua Maxilares:	Glándulas Salivales:
Paladar Blando y Duro:	Mucosa Yugal:

8. LESIONES PRESENTES: (SI) (NO)

Descripción:

9. AYUDAS DIAGNOSTICAS:

10. INTERPRETACION RADIOGRAFIA:

HALLAZGOS CLINICOS:

11. DIAGNOSTICO(S) PRESUNTIVO(S):

13. PLAN DE TRATAMIENTO: (INDICACIONES Y FARMACOTERAPIA):

14. PRONOSTICO:

REMITIDO A:

15. OBSERVACIONES:

16. MANIFESTACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL PACIENTE:

Manifiesto que he sido informado a mi entera satisfacción del diagnóstico que padezco, sus características y manifestaciones principales, los posibles tratamientos para mi recuperación y las eventuales complicaciones que se derivan de los mismos.

Acepto que el personal odontológico general y especializado de este centro me practique y realice actos de odontología y demás que sean necesarios para mi recuperación.

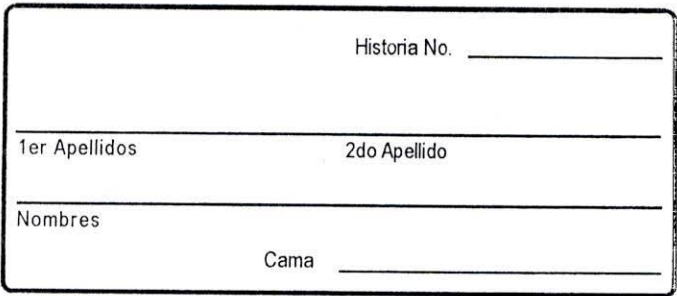
De otro lado autorizo expresamente a este centro, para que por medio de su personal odontológico y de auditoría acceda a la información incorporada en mi historia clínica y que sea pertinente para realizar los trámites internos y externos que sean necesarios, debiendo guardar la reserva necesaria.

FIRMA Y CEDULA PACIENTE

FIRMA ODONTOLOGO

FIRMA ODONTOLOGO

REVISADO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Corporación para Estudios en Salud
CES - GIRARDOTA
NIT. 890.982.608-1

Historia No. _____

Nombre: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Cambios: _____

Fecha de ingreso: _____

REVISION DE SISTEMAS

S. Cardiovascular		S. Sanguíneo
S. Respiratorio		S. Renal
S. Hepático		S. Metabólico
S. Gastrointestinal		Alergias

Observaciones: _____

Examen Estomatológico: _____

Examen Pulpar: _____

DIENTE	CONDUCTOMETRIA		CONOMETRIA	

RADIOGRAFIAS:

Temporales

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

Permanentes

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

EDAD:

Figure 1 is a schematic diagram of the human vocal tract, showing the positions of 38 numbered points for acoustic analysis. The diagram is divided into two main sections: the oral cavity (top) and the nasal cavity (bottom), separated by a horizontal line. The oral cavity is further divided into the pharynx (top) and the mouth (bottom). The nasal cavity is divided into the nasal passage (top) and the nasal tip (bottom). The points are numbered 1 through 38, with 1-11 in the pharynx, 12-28 in the mouth, 29-38 in the nasal passage, and 39-48 in the nasal tip. The points are represented by small circles with a cross inside, indicating the location of the measurement.

EDAD:

Diagram illustrating the 88 tooth positions in a horse's mouth, categorized by type (V, P, L) and position (D, LINGUALES).

The diagram shows two rows of teeth, labeled 1 through 88, arranged in a symmetrical pattern. The teeth are categorized by type (V, P, L) and position (D, LINGUALES).

Upper Teeth (V, P, L):

- Row 1 (V): 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 (Left); 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 (Right)
- Row 2 (P): 55, 54, 53, 52, 51 (Left); 61, 62, 63, 64, 65 (Right)
- Row 3 (L): 85, 84, 83, 82, 81 (Left); 71, 72, 73, 74, 75 (Right)

Lower Teeth (V, P, L):

- Row 4 (V): 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 (Left); 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 (Right)

The diagram is labeled "LINGUALES" in the center.

[illegible]



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UNISALUD
HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA



Nº _____

Día	Mes	Año

IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: _____ EDAD: _____
PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. ☐ C.C. ☐ N° _____ SEXO: M ☐ F ☐
ESTADO CIVIL: SOLTERO ☐ CASADO ☐ VIUDO ☐ OTRO _____ FECHA - LUGAR NACIMIENTO _____
PROCEDENCIA _____ BARRIO: _____ TEL. VIVIENDA: _____
DEPENDENCIA _____ TEL. TRABAJO _____ LUGAR DONDE LABORA _____
CLASE FUNCIONARIO ☐ D ☐ P ☐ J ☐ BD ☐ BP ☐ BJ ☐ VS

ANAMNESIS PRÓXIMA

MOTIVO CONSULTA: DOLOR ☐ CONTROL ☐ FUNCIÓN ☐ ESTÉTICA ☐ OTRO ☐ _____

ANAMNESIS REMOTA

☐ NEUROLOGÍA	☐ UROGENITAL	☐ GINECOOBSTÉTRICA	☐ ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS
☐ INMUNOLOGÍA	☐ PIEL	☐ PSICOLÓGICAS	☐ CARDIO-PULMONAR
☐ HEPÁTICA	☐ ENDOCRINA	☐ OSTEO-MUSCULAR	☐ HEMATOLÓGICA-TRANS.
☐ GASTROINTESTINAL	☐ TÓXICO-ALÉRGICO	☐ OTROS	

OBSERVACIONES: _____

ESTADO DE SALUD ACTUAL: BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA ☐

SANGRA MUCHO DESPUÉS DE UNA LESIÓN _____

SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO _____

RECIBE MEDICAMENTOS O DROGAS _____

ESTÁ EN EMBARAZO _____

TIENE ANTECEDENTES DE ALERGIAS _____

ANTECEDENTES FAMILIARES Y/O OBSERVACIONES: _____

HISTORIA ODONTOLÓGICA PREVIA

ÚLTIMA VISITA ODONTOLÓGICA: MENOS DE 6 MESES ☐ MÁS DE 6 MESES ☐ NUNCA ☐

ATENCIÓN RECIBIDA: PREV. ☐ OPERAT. ☐ CIRUGÍA ☐ REHABILITACIÓN ☐ PERIODONCIA ☐ ORTOP. ORT. ☐

LE HAN APLICADO ANESTESIA LOCAL _____ ANESTESIA GENERAL _____

TUVO ALGUNA COMPLICACIÓN CON LA ANESTESIA _____

HA TENIDO HEMORRAGIAS POS-EXODONCIA O CX PERIODONTAL _____

OBSERVACIONES _____

SEÑALE ASPECTOS ANORMALES

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ CARA | ☐ CUELLO | ☐ LENGUA | ☐ LABIO-PALADAR FISURADO |
| ☐ ATM | ☐ GANGLIOS | ☐ FRENILLOS | ☐ TEJIDO DURO |
| ☐ SENOS PARANASAL | ☐ LABIOS | ☐ PISO DE BOCA | ☐ OTRO _____ |
| ☐ MÚSCULO MASTIC | ☐ MUCOSA ORAL | ☐ MUCOSA GINGIVAL | |
| ☐ NARIZ | ☐ GLÁNDULAS SALIVARES | ☐ OROFARINGE | |

OBSERVACIONES: _____

HIGIENE ORAL: BUENA ☐ REGULAR ☐ MALA ☐ FRECUENCIA CEPILLADO _____

ELEMENTOS UTILIZADOS: CEPILLO ☐ DENTRÍFICO ☐ SEDA DENTAL ☐ ENJUAGUES ☐ OTRO ☐ _____

EXAMEN GINGIVAL BÁSICO

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ AUMENTO VOLUMEN GINGIVAL | ☐ COLORACIÓN ANORMAL | ☐ RETRACCIONES |
| ☐ IRRITANTES LOCALES | ☐ HEMORRAGIA | ☐ LESIONES? EXPLIQUE |
| ☐ BOLSAS PERIODONTALES | ☐ FÍSTULAS | ☐ OTRO _____ |

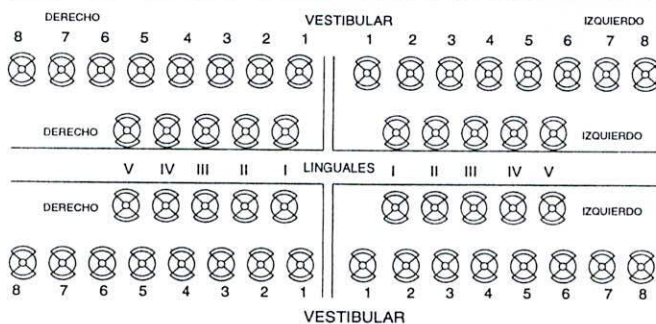
OBSERVACIONES: _____

EXAMEN DENTAL

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ SUPERNUMERARIO | ☐ DEFECTO ESMALTE | ☐ CAMBIO COLOR |
| ☐ MORFOLOGÍA ANORMAL | ☐ FUSIÓN | ☐ ALTERACIÓN NÚMERO |
| ☐ TRAUMA DENTAL | ☐ INTRUSIONES | ☐ PIGMENTACIÓN INTRIN-EXTRIN |
| ☐ AGENESIA | ☐ EXTRUSIONES | ☐ POSICIÓN |

OBSERVACIONES: _____

ODONTOGRAMA



Caries: rojo; Amalgama: azul; Resina: azul; Prótesis: Línea horizontal roja; Ionómero-sellante: azul
Prótesis fija: Círculo rojo; Ausente: Línea vertical roja; Por extraer: X roja

RADIOGRAFÍAS ORDENADAS

PERIAP. ☐ CORONAL ☐ OCLUSAL ☐ PANORAM ☐ PERFIL ☐

INTERPRETACIÓN RADIOLÓGICA:

- | | | |
|-------------------------------------|---|--|
| ☐ CARIES | ☐ LESIONES | ☐ REABSORCIONES |
| ☐ AGENESIA | ☐ SUPERNUM. | ☐ INCLUSIONES |
| ☐ ANQUILOSIS | ☐ ESPACIO LIGAM. | ☐ OTRO |

EXPLIQUE: _____

INTERCONSULTA: MEDICINA GEN. _____ MEDICINA ESP. _____

ODONTOLOGÍA ESP. _____ OTRO _____

OBSERVACIONES: _____

PRONÓSTICO: BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO ☐

DIAGNÓSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO _____ FIRMA DEL PACIENTE _____



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UNISALUD
FICHA DE EXAMEN PERIODONTAL



IDENTIFICACIÓN

Apellidos Completos		Nombres completos		Nº Afiliación
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Estado Civil	Nº Documento Identidad
Fecha	Dirección residencia	Teléfono		Barrio
Empresa donde trabaja		Oficio	Teléfono	

INFERIOR	OCCLUSAL	
	BUCAL	
	LINGUAL	
	LINGUAL	
SUPERIOR	LINGUAL	
	BUCAL	
	LINGUAL	
	OCCLUSAL	

CONVENCIONES

X PARA EXTRAER
IMP IMPACTADO
W CONTACTO DEFICIENTE
↘ ROTACIÓN
↙ INTRUSIÓN
↗ INCLINACIÓN
V CÚSPIDE EMPOQUETADORA

AZUL
NEGRO

ROJO
TRIÁNGULO
GRADO DE COMP.
MOVILIDAD

Margen gingival
Línea mucogingival
Diente extraído
Bolsa
Compromiso de bi y/o trifurcación
Números romanos del I al III
Números arábigos del 1 al 3

OCCLUSIÓN - PREMATUROS

CÉNTRICA ☐
PROTRUSIVA ☐
DERECHA ☐
IZQUIERDA ☐
OBLICUAS ☐



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
UNISALUD
ODONTOLOGÍA - PERIODONCIA



Día	Mes	Año

Afiliado: _____
C.C. _____ de: _____
Dependencia: _____ Cargo: _____
Beneficiario: _____ Carnet: _____
Edad del Paciente: _____ Teléfono: _____
Remitido por Dr.: _____ DX Presuntivo: _____

Doctor: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Examen Periodontal: _____

	SI	ENCÍAS	SI		SI
Gingivitis marginal		Granuloma		Cambio de color y contorno	
Gingivitis generalizada		Fístula		Otros	
Periodontitis		Hiperplasia			
Retracción gingival		Pericoronitis			
Bolsa periodontal		Úlcera			
ÍNDICE DE PLACA		Observaciones _____ _____ _____			
1º	2º				
3º	4º				

DIAGNÓSTICO _____

[illegible]

[illegible]

H.C N°

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
HISTORIA CLINICA ADULTOS

I. DATOS DE IDENTIFICACION

FECHA

DIA	MES	AÑO

APELLIDOS Y NOMBRE DEL ESTUDIANTE

DOCENTE

CODIGO

SEMESTRE

TELEFONO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE.

IDENTIFICACION

C.C	Nº	DE
T.I		

DIRECCIONES

RESIDENCIA

LABORAL

TEL

CIUDAD

EDAD

SEXO

RAZA

GRUPO SANGUINEO

RH

ESTADO CIVIL

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO :

LUGAR Y PROCEDENCIA

OCUPACION

RESPONSABLE (PERSONA)

DIRECCION

TELEFONO

MEDICO TRATANTE

DIRECCION

TELEFONO

PERSONA QUE REMITE :

II. MOTIVO DE LA CONSULTA _____

III. HISTORIA DE LA AFECCION PRESENTE: (Descripción del motivo de la consulta) _____

IV ANTECEDENTES :

1. FAMILIARES.

- a. En su familia hay casos de tensión arterial alta o enfermedades cardiovasculares ? NO() SI()
- b. En su familia hay antecedentes de artritis reumatoideá NO() SI()
- c. En su familia hay casos de diabetes u otras alteraciones metabólicas? NO() SI()
- d. En su familia hay historia de sangrados espontaneos severos NO() SI()
- e. En su familia hay historia de Cancer o lesiones tumorales ? NO() SI()

2. PERSONALES

- a. Está en la actualidad bajo tratamiento médico o ha sido tratado en los últimos dos(2) años? NO() SI()
- b. Está tomando algún farmaco en la actualidad. Cúal Y Dosis NO() SI()
- c. Se le dificulta la respiración estando en reposo o realizando un ejercicio mínimo NO() SI()
- d. Ha sufrido de enfermedades pulmonares(asma.EPOC) ó es tocedor crónico (TBC)? NO() SI()
- e. Ha sufrido de tensión alta ó baja? NO() SI()
- f. Le han dicho que tiene el azúcar alto (diabetes) o bajo(hipoglicemia)? NO() SI()
- g. Ha presentado enfermedades cardíacas o de alguna índole? NO() SI()
- h. Le han diagnosticado alguna vez fiebre reumática(inflamación articular amigdalitis) NO() SI()
- i. Tuvo hepatitis: De que clase ? NO() SI()
- j. Ha tenido alguna vez convulsiones.o ataques sufrido epilepsia NO() SI()
- k. Alguna vez ha estado en tratamiento con esteroides? NO() SI()
- l. Ha estado bajo tratamiento de radioterapia o cobalto terapia NO() SI()
- m. Esta usted embarazada? NO() SI()
- n. Fecha último periodo menstrual normal(FUR): _____ NO() SI()
- o. Es usted alérgico a algún medicamento? Cúal? NO() SI()
- p. Le han aplicado anestesia local o general? NO() SI()
- q. Ha presentado alguna reacción anormal a la anestesia? NO() SI()

V. EXAMEN FISICO:

1. SIGNOS VITALES: T.A _____ F.C _____ FR _____ TEMP _____ PESO _____

VI. EXAMEN CLINICO:

- Piel y Anexos Cutáneos: _____
- Ganglios linfáticos: _____
- Cuello: _____
- Senos Paranasales: _____

C.O.P.

EXAMEN INICIAL

DERECHO								IZQUIERDO							
VESTIBULAR								LINGUAL							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
VESTIBULAR								LINGUAL							

CURSO DEL TRATAMIENTO

DERECHO								IZQUIERDO							
VESTIBULAR								LINGUAL							
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
VESTIBULAR								LINGUAL							

SIGNOS CONVENCIONALES

ROJO	CARIES O RECIDIVA	
NEGRO	OBTURACIONES	
VERDE	DIENTE PERDIDO	
TOTAL	C. O. P	

OBSERVACIONES

-LABIOS _____ LENGUA _____ PISO DE LA BOCA _____

PALADAR _____ FRENILLOS _____ CARRILLOS _____

-AMIGDALAS _____ FARINGE _____

-GLANDULAS SALIVALES _____

2. Tejidos Periodontales: _____

3. Tejidos Duros : _____

PRONOSTICO : _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

EXAMEN Y ANALISIS PERIODONTAL**1. EXAMEN CLINICO****A. COLOR.**

Encía Marginal :

Rosado Pálido..... ☐Rosado Fuerte..... ☐Rojo Azulado..... ☐Otro..... ☐

Cuál ? _____

Encía Adherida:

Rosado Pálido..... ☐Rosado Fuerte..... ☐Azuloso..... ☐Otro..... ☐

Cuál ? _____

Describe _____

B. ASPECTO

Encía Marginal:

Lisa..... ☐Brillante..... ☐Otro..... ☐

Describe _____

Encía Adherida:

Opaca..... ☐Punteada..... ☐Otro..... ☐

Describe _____

C. CONSISTENCIA.

Encía Marginal :

Blanda..... ☐Móvil..... ☐Otro..... ☐

Describe _____

Encía Adherida:

Firme..... ☐Resiliente..... ☐Otro..... ☐

Describe _____

H.C Nº

D. MARGEN:

Delgado..... ☐

Engrosado..... ☐

Continuo..... ☐

Discontinuo..... ☐

Otro..... ☐

Describe _____

E. PAPILAS:

Triangulares..... ☐

Romas..... ☐

Planas..... ☐

Otro..... ☐

Describe _____

FACTORES ETIOLOGICOS.

A. PLACA BACTERIANA

1. NO CALCIFICADA.

a. Generalizada..... ☐

b. Localizada..... ☐

2. CALCIFICADA.

Supragingival.

a. Localizada..... ☐

b. Generalizada..... ☐

Subgingival.

a. Localizada..... ☐

b. Generalizada..... ☐

3. TRAUMAS DIRECTOS..... ☐

Cuáles _____

HABITOS.

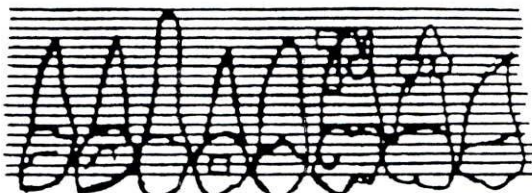
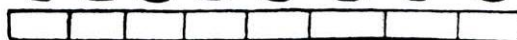
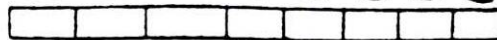
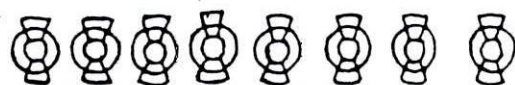
Fumador..... ☐

Respirador Oral..... ☐

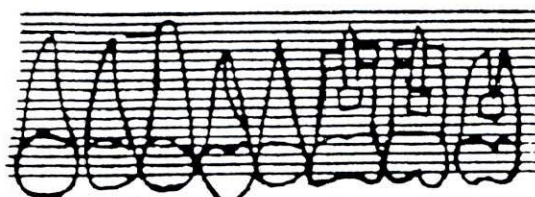
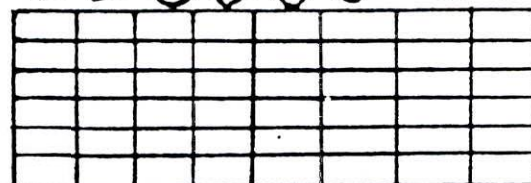
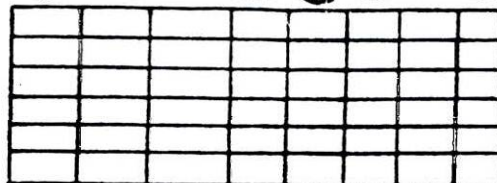
Otro..... ☐

Describe _____

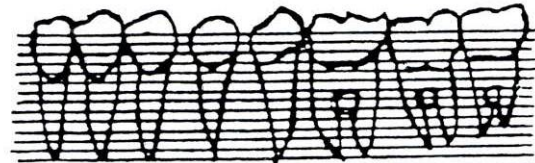
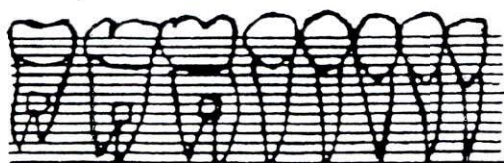
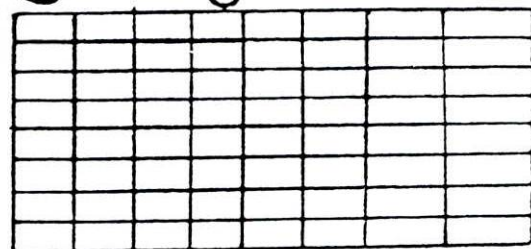
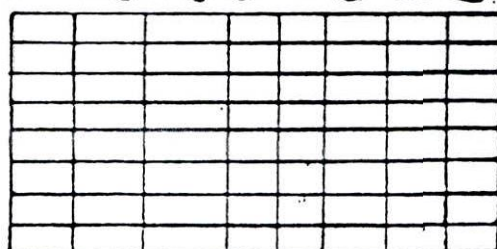
MOVILIDAD



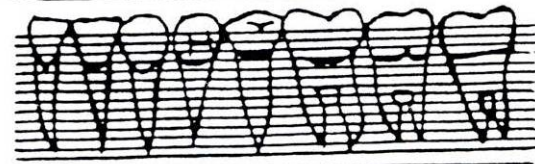
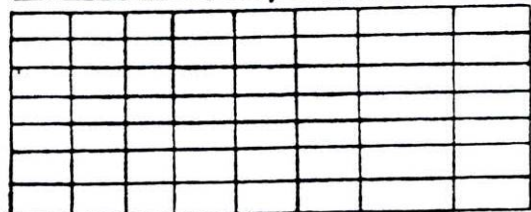
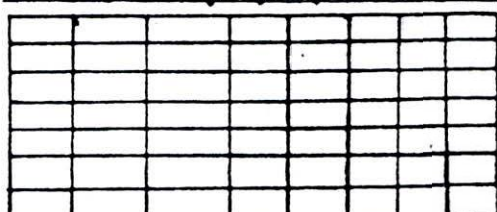
Margen 1
Surco 1
Niv Inserción 1
Margen 2
Surco 2
Niv Inserción 2



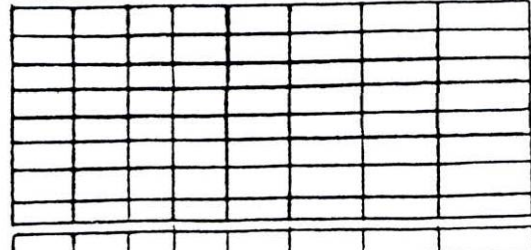
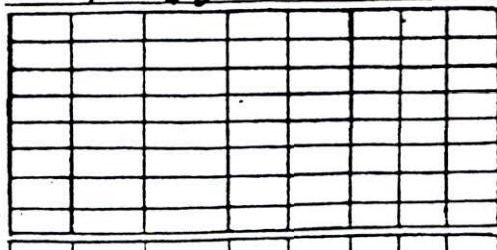
Margen 1
Surco 1
Niv Inserción 1
L.M.G.
Margen 2
Surco 2
Niv Inserción 2
Pronóstico



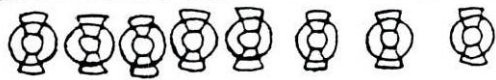
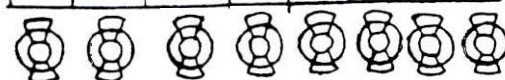
Margen 1
Surco 1
Niv Inserción
L.M.G.
Margen 2
Surco 2
Niv Inserción



Margen 1
Surco 1
Niv Inserción 1
L.M.G.
Margen 2
Surco 2
Niv Inserción
pronóstico



MOVILIDAD



LA LINEA DEL MARGEN GINGIVAL SE MARCA EN (ROJO)			LA LMG SE MARCA EN VERDE		DIENTE AUSENTE
DIENTE INCLUIDO	ENDODONCIA DEFET ENDODONCIA (NEGRO)	LESIONES PERIAPICALES NEGRO	FISTULAS ROJO	DIENTE EN ERUPCION	BIOTRIFURCACIONES
NUCLEO AMARIL AZUL		GRADO 1-2-3			
HEMORRAGIA (ROJO) EXUDADO (AMARILLO)	INTRUSION EXTRUSION	VERSION ROTACION	EMPAQUE TAMPON DIASEMA II	PUENTE FIJO (AZUL) DIENTE FIJO DESADAP (AZUL HALO ROJO)	
BOLSAI 4 5 6 4 6					
MOVILIDAD 1 2 3	GRESION		EXODONCIA Y MANDATORIA	PROTESIS REMOVIBLE TOTAL (ROJO)	
GRADOS DE PRONOSTICOS B R M					
B - BUENO R - REGULAR M - MALO					
		NIVEL DE INSERCIION		FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN FACULTAD DE ODONTOLOGIA	
DISAI 6 7 6 6 8 9 9 5 6 BOLSAI 4 4 4 4 5 6 7 4 5		2 2 2 2 3 2 3 2 3 2 3 2 3 1 4 4 3 3 6 8 6 7 8 8 3 3 6 5 2 4 3 4 6 9 4 4 7 1 1 8 4 3 3 4		* MARGEN * SURCO * NIVEL DE INSERCIION 2	

- CONVENCIONES
- | | | | |
|----------------------------|--------------|-----------------------|----------|
| - CARIES | - NEGRO | - IONOMERO DE VIORIO | - VERDE |
| - RECURRENCIA CARIES | - HALO NEGRO | - OBTURACION RESINA | - VERDE |
| - OBTURACIONES DEFECTUOSAS | - HALO NEGRO | - OBTURACION SILICATO | - VERDE |
| - OBTURACION TEMPORAL | - NEGRO | - PROTECCION TEMPORAL | - GRIS |
| - OBTURACION ORO | - AMARILLO | - SELLANTES | - MORADO |
| - OBTURACION AMALGAMA | - AZUL | - EXODONCIA INDICADA | - ROJO |
| | | - EXTRAIDO | - ROJO |
| | | - SIN ERUPCION | - |
| | | - PARCIAL Y TOTAL | - ROJO |
| | | - INDICE C O P | |

II. TRATAMIENTO

URGENCIAS.

FASE SISTEMICA

FASE HIGIENICA

FASE REEVALUATIVA

FASE CORRECTIVA

FASE DE MANTENIMIENTO

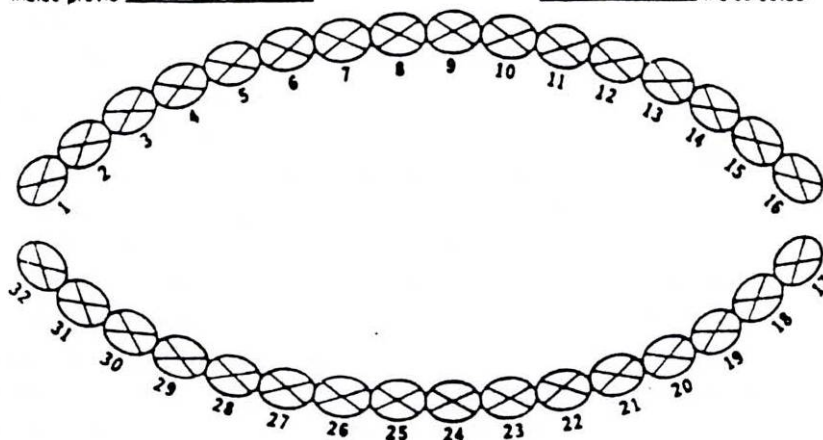
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL RESIDENTE

FIRMA DEL DOCENTE

MANTENIMIENTO PERIODONTAL**NOMBRE DEL PACIENTE:** _____**ULTIMA VISITA A TRATAMIENTO PERIODONTAL:** _____**FECHA:** _____**CONTROL DE PLACA****Registro de control de placa**

Indice previo _____ Indice actual _____



This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be from a notebook or a standard sheet of stationery. There is no handwriting or other markings on the page.

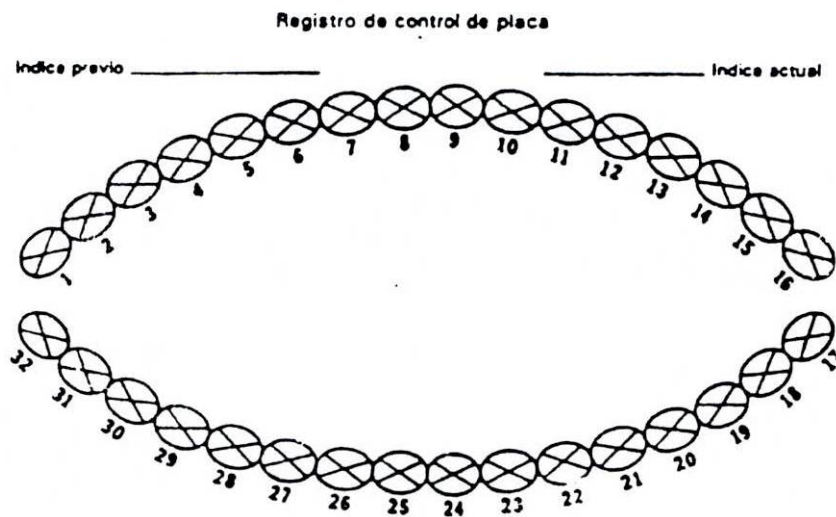
H.C. Nº

EVALUACION DE LA HIGIENE ORAL**NOMBRE DEL PACIENTE:** _____**HISTORIA Nº:** _____

Registro de Control de Placa (O'Leary, 1972).

Indice Inicial.

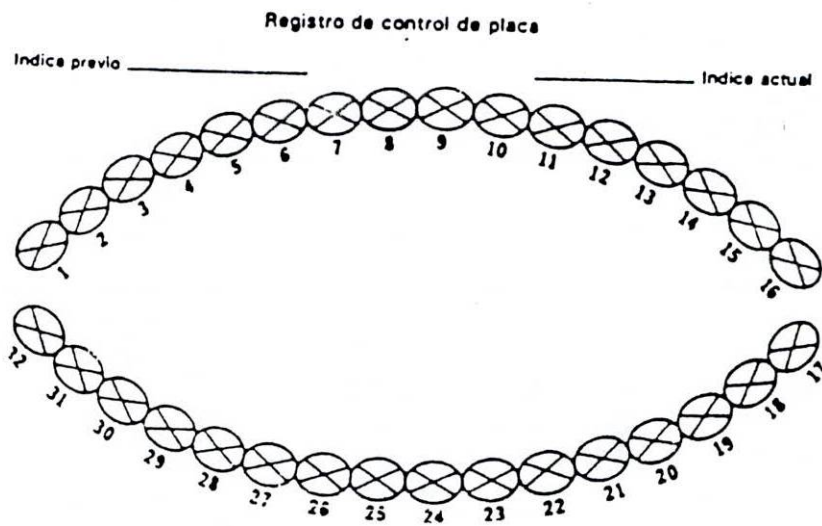
Fecha: _____



H.C. Nº

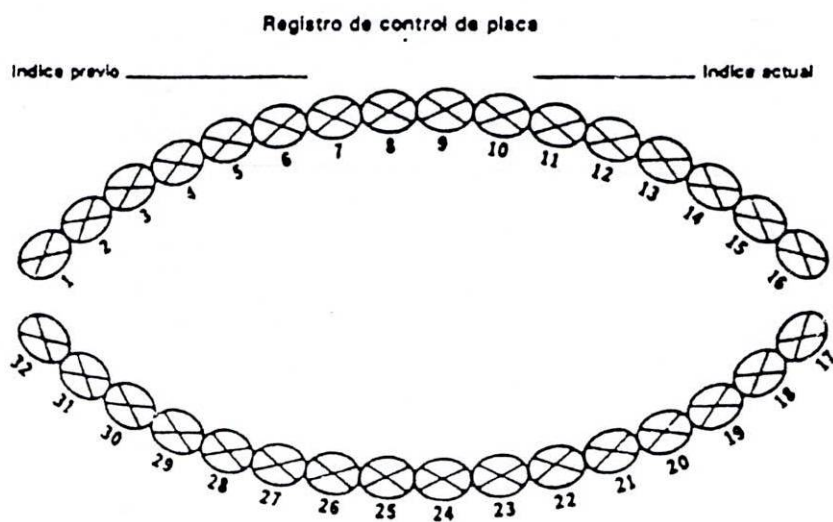
RE-EVALUACION 1.

FECHA: _____



RE-EVALUACION 2.

FECHA: _____



This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

FIRMA DOCENTE _____

FIRMA ALUMNO_____

FIRMA PACIENTE_____

DIAGNOSTICO

PRONOSTICO

PLAN DE TRATAMIENTO REAL

H.C No. _____

PRESUPUESTO

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

Yo _____ con c.c _____ de _____ declaro que
 acepto el presupuesto para tratamiento Odontológico que aparece en la presente Historia
 Clínica, y me comprometo a cancelar a favor de la Fundación Universitaria San Martín, el
 valor de \$ _____ por turno de atención y el valor de \$ _____ por con-
 cepto de trabajo de Laboratorio.

Firma _____ c.c. _____ Firma Alumno _____ Cod _____
Semestre _____

Firma Docente _____

H.C. N°.

ANALISIS DE OCLUSION

I. ANAMNESIS.

- A. Tiene dificultad para abrir la boca?. Sí..... ☐ No..... ☐
 1. Cuàndo?
 a. En ocasiones. Sí..... ☐ No..... ☐
 b. Permanentemente. Sí..... ☐ No..... ☐
 c. Otro. Si..... ☐ No..... ☐
 Describa _____
- B. Presenta ruidos articulares?. Sí..... ☐ No..... ☐
 1. Qué tipo de ruidos? _____
 2. Cuànto tiempo hace? _____
 3. Con qué frecuencia? _____
- C. Se ha quedado alguna vez con la boca abierta? Sí..... ☐ No..... ☐
- D. Mastica de un sòlo lado? Sí..... ☐ No..... ☐
- E. Se muerde la mejilla? Sí..... ☐ No..... ☐
- F. Se muerde la lengua? SI..... ☐ No..... ☐
- G. Presenta dolor en o alrededor de las mejillas? Sí.... ☐ No..... ☐
 1. Cuàndo? _____
 2. Dolor irradiado? _____
 3. Dolor localizado? _____
 4. El dolor aumenta con la función? _____
 5. Dolor intenso? _____
 6. Dolor moderado? _____
- H. Ha sufrido cambios en su oclusión últimamente? Sí.... ☐ No..... ☐
- I. Ha sufrido accidentes en la cabeza?. Sí..... ☐ No..... ☐
- J. Ha sufrido accidentes en el cuello? Sí..... ☐ No..... ☐
- K. Sufre de artritis? Sí..... ☐ No..... ☐
 1. Localizada? Si..... ☐ No..... ☐
 2. Generalizada? Sí..... ☐ No..... ☐

II. ESTUDIO CLINICO.

A. Asimetría?

Sí..... ☐ No..... ☐

1. Lado Izquierdo.

Sí..... ☐ No..... ☐

2. Lado Derecho.

Sí..... ☐ No..... ☐

B. Excesivo crecimiento de algún tercio de la cara?

Sí..... ☐ No..... ☐

1. Superior?

Sí..... ☐ No..... ☐

2. Medio?

Sí..... ☐ No..... ☐

3. Inferior?

Sí..... ☐ No..... ☐

4. En sentido anteroposterior?

Sí..... ☐ No..... ☐

C. Cambios marcados en la posición de la cara?

Sí..... ☐ No..... ☐

1. Hacia adelante?

Sí..... ☐ No..... ☐

2. Hacia atrás?

Sí..... ☐ No..... ☐

3. Hacia la izquierda?

Sí..... ☐ No..... ☐

4. Hacia la derecha?

Sí..... ☐ No..... ☐

D. Desviación de la línea media.

Sí..... ☐ No..... ☐

1. Con la línea media facial.

Sí..... ☐ No..... ☐

2. Con los frenillos.

Sí..... ☐ No..... ☐

3. Con la línea media dentaria.

Sí..... ☐ No..... ☐

E. Dientes Ausentes.

D_____I

F. Dientes en mal posición.

D_____I

G. Relación Céntrica.

Sí..... ☐ No..... ☐

1. Con espaciadores.

a. Cuántos? _____

2. Con desprogramador.

a. Por cuánto tiempo? _____

3. Deslizamiento en céntrica. Antero Lateral _____ mm.

a. Izquierda _____ mm.

Sí..... ☐ No..... ☐

b. Derecha _____ mm.

Sí..... ☐ No..... ☐

H.C. N°.

c. Cuàl es el primer contacto?

D_____ | _____ I

d. Interferencias existentes entre la
Relación céntrica y máxima inter-
cuspidación.Sí..... ☐ No..... ☐

D_____ | _____ I

H. Movimientos Mandibulares.

1. Lateralidad Derecha:

a. Normal.

Sí..... ☐ No..... ☐

b. Restrìngida.

Sí..... ☐ No..... ☐

c. Movimientos irregulares.

Sí..... ☐ No..... ☐

d. Función canina.

Sí..... ☐ No..... ☐

e. Función de Grupo.

Sí..... ☐ No..... ☐

f. Dientes que contactan el trabajo.

D_____ | _____ I

g. Dientes que contactan en no trabajo.

_____ I

h. Interferencias:

Trabajo Balanza

D_____ | _____ I

2. Lateralidad Izquierda:

a. Normal.

Sí..... ☐ No..... ☐

b. Restrìngida.

Sí..... ☐ No..... ☐

c. Movimientos Irregulares.

Sí..... ☐ No..... ☐

d. Función Canina.

Sí..... ☐ No..... ☐

e. Función de Grupo.

Sí..... ☐ No..... ☐

f. Dientes que contactan el trabajo.

_____ I

g. Dientes que contactan en no trabajo.

D_____ | _____ I

h. Interferencias:

Balanza Trabajo

D_____ | _____ I

H.C. N°.

3. **Protrusión**

- a. Normal. Sí..... ☐ No..... ☐
- b. Restringida. Sí..... ☐ No..... ☐
- c. Desviada. Sí..... ☐ No..... ☐
- Derecha. Sí..... ☐ No..... ☐
- Izquierda. Sí..... ☐ No..... ☐
- d. Funciona la guía anterior? Sí..... ☐ No..... ☐
- Contactos en anteriores.

D—————|—————I

- Interferencias.

D—————|—————I

I. **Relación Inter-Incisal.**

1. Oclusión normal. Sí..... ☐ No..... ☐
2. Oclusión borde a borde. Sí..... ☐ No..... ☐
3. Oclusión abierta. Sí..... ☐ No..... ☐
- a. Anterior. Sí..... ☐ No..... ☐
- b. Posterior. Sí..... ☐ No..... ☐
- c. Combinada. Sí..... ☐ No..... ☐
4. Sobrepaso vertical. Sí..... ☐ No..... ☐
5. Sobrepaso horizontal. Sí..... ☐ No..... ☐
6. Oclusión cruzada. Sí..... ☐ No..... ☐
- a. Anterior. Sí..... ☐ No..... ☐
- b. Posterior. Sí..... ☐ No..... ☐
- c. Unilateral. Sí..... ☐ No..... ☐
- d. Bilateral. Sí..... ☐ No..... ☐

7. Índice de apertura no forzada _____ mm.

8. Índice de apertura forzada. _____ mm.

H.C. N°.

9. Trayectoria de apertura y cierre. (Diagrámelos).

10. Dimensión Vertical:

a. Postural _____ mm.

b. Oclusión _____ mm.

c. Espacio Libre _____ mm.

11. Facetas de Desgaste.

D _____ | _____ I

a. Desgaste Generalizado.

Sí..... ☐ No..... ☐

12. Fracturas.

a. De bordes incisales.

D _____ | _____ I

b. Fracturas de Obturaciones.

D _____ | _____ I

13. Dientes móviles.

D _____ | _____ I

14. Signos y Síntomas Articulares.

* a. Chasquido.

Sí..... ☐ No..... ☐

-Inicial.

Sí..... ☐ No..... ☐

-Intermedio.

Sí..... ☐ No..... ☐

-Tardío.

Sí..... ☐ No..... ☐

-En apertura.

Sí..... ☐ No..... ☐

-En cierre.

Sí..... ☐ No..... ☐

-En lateralidad derecha.

Sí..... ☐ No..... ☐

-En lateralidad izquierda.

Sí..... ☐ No..... ☐

-En propulsión.

Sí..... ☐ No..... ☐

* Para el examen utilizar Estetoscopio.

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| ° Izquierda. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| ° Derecha. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| ° Bilateral. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| * b. Crepitación. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| - En apertura. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| - En cierre. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| En lateralidad derecha. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| En lateralidad izquierda. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| - En protrusión. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| ° Izquierda. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| ° Derecha. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| ° Bilateral. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| 15. Dolor Articular Derecha. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| a. Espontáneo. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| b. A la palpación. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| - Palpación lateral. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| - Palpación intraauricular. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| 16. Dolor Articular Izquierdo. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| a. Espontáneo. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| b. A la palpación. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| - Palpación lateral. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| - Palpación intraauricular. | Sí..... ☐ | No..... ☐ |
| 17. Dolor Muscular a la Palpación. | | |

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| a. Masetero: Fascículo Profundo. | ☐ |
| Fascículo Superficial. | ☐ |
| Inserción superior. | ☐ |
| Inserción inferior. | ☐ |

DOLOR	
Izquierdo	Derecho
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

* Para el examen utilizar Estetoscopio.

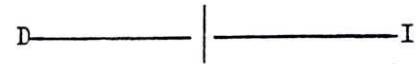
- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| 1. LATERAL DE LA CAPSULA. | AZUL = SINTOMAS DEL PACIENTE |
| 2. POSTERIOR DE LA CAPSULA | |
| 3. MASETERO PROFUNDO. | ROJO = PALPACION POSITIVA. |
| 4. MASETERO SUPERFICIAL. | |
| 5. TEMPORAL ANTERIOR. | (X) MOLESTIA. |
| 6. TEMPORAL POSTERIOR. | (Y) DOLOR. |
| 7. VERTICE Y ORBITA. | |
| 8. CUELLO. | (Z) DOLOR EXAGERADO. |
| 9. EXTERNOCLEIDOMASTOIDEO. | |
| 10. PTERIGOIDEO INTERNO. | |
| 11. DIGASTRICO. | VERDE = PUNTOS DESENCADENANTES. |
| 12. TENDON TEMPORAL. | (Sintomatología de dolor miofacial). |
| 13. PTERIGOIDEO EXTERNO. | |

19. Montaje de Modelos Articulados ARTICULADOR N°.

- Angulación eminencia Derecha Izquierda
- Angulación Lateral. Derecha Izquierda

A. Exámen Estático en Articulador Cerrado.

a. Malrelaciones inter-arcadas

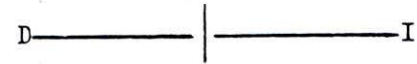


b. Sobrepaso vertical mm.

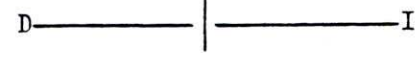
c. Sobrepaso horizontal mm.

d. Plano Oclusal

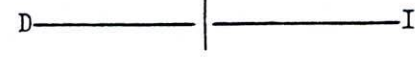
e. Areas Desdentadas.



f. Extrusiones.



g. Intrusiones.



h. Clasificación de Angle.

- Clase 1
- Clase 2
- División 1
- División 2
- Clase 3

B. Exámen Estático en Articulador Abierto.

	Normal	Anormal
a. Curva de Spee.	☐	☐
b. Curva de Wilson.	☐	☐
c. Dientes de Malposición.		
	D_____ _____ I	
d. Dientes Ausentes.		
	D_____ _____ I	
e. Migraciones.		
	D_____ _____ I	
f. Eje Coronario de Pilares.		
	D_____ _____ I	
g. Bruxo - Facetas.		
	D_____ _____ I	

EXAMEN DINAMICO EN ARTICULADOR

- Contactos Prematuros. Sí..... ☐ No..... ☐

- Contactos Prematuros en Céntrica.

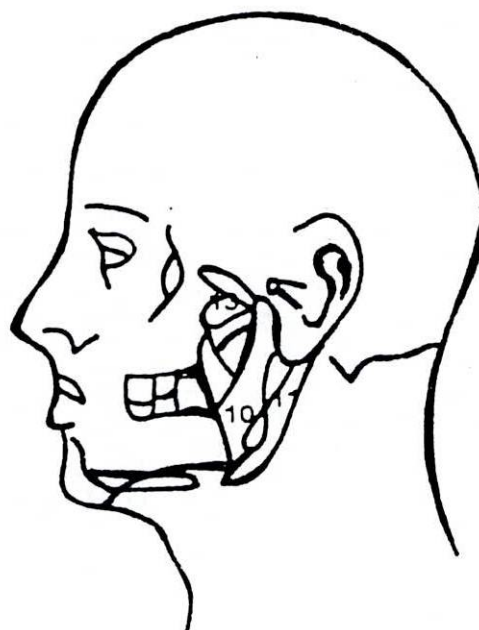
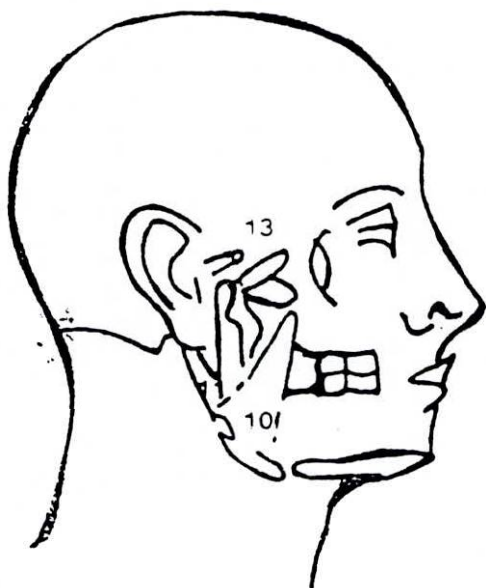
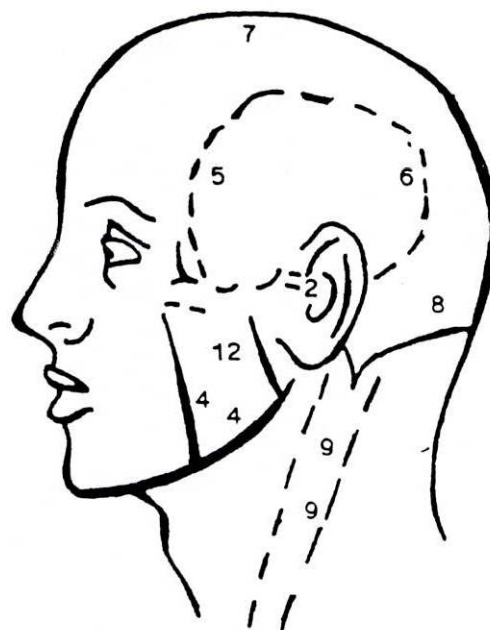
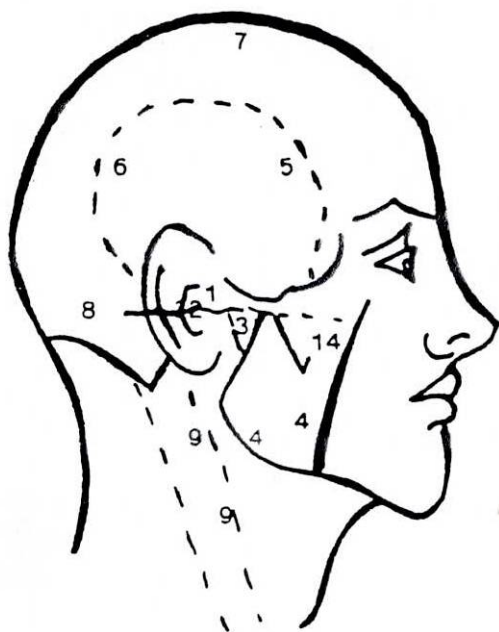
D_____ | _____ I

DX. OCLUSION: _____

FIRMA REHABILITADOR: _____

DOLOR A LA PALPACION EN LOS MUSCULOS

Y A. T. M.



H.C. N°.

		DOLOR	
		Izquierdo	Derecho
b. Temporal anterior.	☐	_____	_____
Medio.	☐	_____	_____
Posterior.	☐	_____	_____
c. Occipitales.	☐	_____	_____
d. Trapecios.	☐	_____	_____
e. Esternocleidomastoidéo.	☐	_____	_____
f. Vientre posterior del digástrico.	☐	_____	_____
g. Pterigoidéo Externo.	☐	_____	_____
h. Pterigoidéo Interno.	☐	_____	_____

+ Molestia. ++ Dolor. +++ Dolor agúdo.

18. Exámen Periodontal Funcional: _____

DIAGNOSTICO: _____

FIRMA REHABILITADOR: _____

Número de orden _____



UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



HISTORIA CLINICA BASICA DEL ADULTO

1- ALERTA MEDICA

2- HISTORIA CLINICA # _____ FECHA ____ / ____ / ____ /
DIA MES AÑO

ESTUDIANTE _____ CODIGO
CLINICA _____ DOCENTE _____

IDENTIFICACION.

3- _____
Primer apellido. Segundo apellido. Nombres.

4- DOCUMENTO DE IDENTIDAD	C.c. T.i. Otro.	Número.
5- LUGAR DE NACIMIENTO		Fecha. ____ / ____ / ____
6- EDAD ____ años. ____ meses.	GENERO M. ____ F. ____	OCUPACION _____

7- PROCEDENCIA	
8- ESTADO CIVIL	S. ____ C. ____ V. ____ UL. ____ SEP. ____ REL. ____

9- DIRECCION RESIDENCIA _____ Barrio _____
Teléfonos. _____

10- PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE
NOMBRE _____
DIRECCION _____ Teléfono _____
PARENTESCO _____ OCUPACION _____

ANAMNESIS PROXIMA.

11- MOTIVO DE CONSULTA
" _____

" _____
Cuadro sintomático. Interconsulta. Remisión. Valoración periódica.

12- INTERPRETACION TECNICA.

ENFERMEDAD ACTUAL**12- HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL.**

13- REVISION DE SINTOMAS POR SISTEMAS.

14- MEDICO TRATANTE. _____ **Teléfono.** _____

Fecha Última Visita. ____/____/____/

Motivo de la consulta. _____

Esta tomando algún medicamento Sí. ____/ No. ____/

Cuales.?

15- ANTECEDENTES MEDICOS PERSONALES (P) Y FAMILIARES (F).

	P.	F.		P.	F.
1- Neurológicos.	—	—	10- Osteó-muscular.	—	—
2- Organo de los sentidos	—	—	11- Traumáticos.	—	—
3- Cardio-respiratorio.	—	—	12- Quirúrgicos	—	—
4- Gastro-intestinal.	—	—	13- Tóxico-alérgicos.	—	—
5- Genito-urinarios.	—	—	14- Psicológicos.	—	—
6- Hematológicos.	—	—	15- Nutricionales.	—	—
7- Inmunológicos.	—	—	16- Enfermedades anteriores	—	—
8- Infecto-contagiosas.	—	—	17- Hospitalizaciones.	—	—
9- Congénito-hereditario.	—	—	18- Otros.	—	—

OBSERVACIONES. _____

16- ANTECEDENTES SOCIO-AMBIENTALES.

Vivienda propia. SI. _____ No. _____
 Tipo de vivienda. Casa. _____ Casalote. _____ Apartamento. _____ Inquilinato. _____
 Servicios públicos. Agua. SI. _____ No. _____ Luz. SI. _____ No. _____ Teléfono. SI. _____ No. _____
 Alcantarillado. SI. _____ No. _____ Recolección de basuras SI. _____ No. _____
 Otros. SI. _____ No. _____ Cuales?. _____
 Empleo SI. _____ No. _____
 Trabajador independiente SI. _____ No. _____
 Seguridad social. SI. _____ No. _____ Cual?. _____
 Pensionado. SI. _____ No. _____

INGRESOS MENSUALES.

1 salario mínimo. _____ Entre 1 y 2 salarios mínimos. _____ Más de 2 salarios mínimos. _____

ALFABETO. SI. _____ No. _____

ESCOLARIDAD.

Primaria. _____ Secundaria. _____ Técnica. _____ Universitaria. _____

RESUMA LA CONDICION SOCIO-AMBIENTAL.

17- ANTECEDENTES FAMILIARES.

18- ANTECEDENTES ESTOMATOGNATICOS.

Frecuencia y última visita al odontólogo. _____

TRATAMIENTOS

- 1- Prevención. _____
- 2- Rehabilitación. _____
- 3- Operatoria. _____
- 4- Endodoncia. _____
- 5- Periodoncia. _____
- 6- Quirúrgicos. _____
- 7- Ortodoncia. _____
- 8- Otros. _____

TIPO DE DIETA

Cariogénica _____
 No cariogénica _____

HABITOS.

Respirador Bucal. _____
 Queilofagia. _____
 Onicofagia. _____
 Succión digital. _____
 Bruxismo. _____

EXPERIENCIAS ANTERIORES Positivas. _____ Negativas. _____

OBSERVACIONES.

Número de orden _____

19- HIGIENE ORAL.
 (Frecuencia, elementos, técnica, y limitaciones)

20- EXAMEN FISICO.

Signos vitales.

T.A. _____ mmts. de Hg F.C. _____ c/min. F.R: _____ r/min. T°. _____ °C.

Características del pulso.

Nota: Si el paciente confirma compromiso sistémico, se anotará en la evolución, el o los nuevos registros, cada vez que se consideren de especial importancia.

21- ASPECTO GENERAL. (Facies, biotipo, talla, peso, estado nutricional, otros.)

22- EXAMEN EXTRAORAL.

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
1- Cráneo.	_____	_____	6- Ojos.	_____	_____
2- Cara.	_____	_____	7- Nariz.	_____	_____
3- Cuello.	_____	_____	8- Oídos.	_____	_____
4- Ganglios.	_____	_____	9- Seno-paranasal.	_____	_____
5- A.T.M.	_____	_____	10- Músculos mast.	_____	_____

Descripción clínica.

23- EXAMEN INTRAORAL.

Tejidos Blandos.

	Normal	Anormal		Normal	Anormal.
1- Labios.	_____	_____	5- Orofaringe	_____	_____
2- Mucosa labial.	_____	_____	6- Piso de boca.	_____	_____
3- Mucosa yugal.	_____	_____	7- Lengua.	_____	_____
4- Paladar.	_____	_____	8- Encías.	_____	_____

Descripción clínica.

**24- EXAMEN DENTAL
ALTERACIONES**

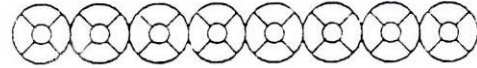
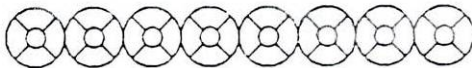
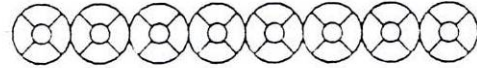
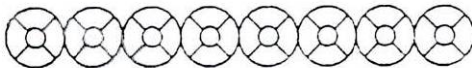
1- Color. _____ 2- Tamaño. _____ 3- Forma. _____ 4- Posición. _____
5- Número. _____ 6- Estructura. _____ 7- Sensibilidad. _____ 8- Movilidad. _____

Descripción clínica.

25- ODONTOGRAMA.

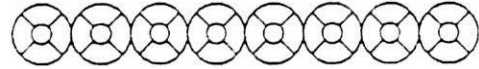
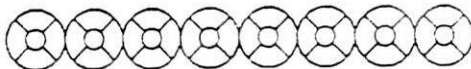
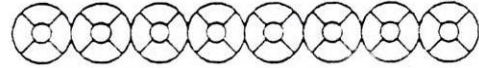
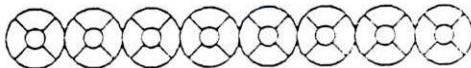
FECHA ____/____/____/

VoBo. Docente _____



P.	T.	Sup.	Aspecto clínico.	Tratamiento	P.	T.	Sup.	Aspecto clínico.	Tratamiento.
18					38				
17					37				
16					36				
15	55				35	75			
14	54				34	74			
13	53				33	73			
12	52				32	72			
11	51				31	71			
21	61				41	81			
22	62				42	82			
23	63				43	83			
24	64				44	84			
25	65				45	85			
26					46				
27					47				
28					48				

ODONTOGRAMA DE EGRESO FECHA ____/____/____/ V.B. DOCENTE. _____


CONVENCIONES

Caries.	Negro.	.	(Punto)	Ausente.	Rojo.	I	(Linea vertical)
Amalgama.	Azul.	+	(Cruz)	Por extraer.	Rojo.	X	(Equis grande)
Resina.	Verde.	==	(Paralela horizontal)	Sin erupcionar.	Azul.	SE.	
Prótesis rem.	Rojo.	—	(Linea horizontal)	Ortodoncia.	Azul.	○	(Círculo y punto)
Ionómero.	Verde.	II	(Paralelas verticales)	Prótesis fija	Rojo.	○	(Círculo.)
Endodoncia.	Azul.		(Triángulo)				

LEY 38 del 15 de enero de 1993.

INDICADORES DE SALUD ORAL.

26- INDICE COP.

CARIADOS.
OBTURADOS.
EXTRAIDOS.
COP.

TOTAL PRESENTES. _____

TOTAL SANOS. _____

27- HIGIENE ORAL.

RECuento INICIAL DE PLACA

FECHA _____ % _____

⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗
⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗

I.H.O.S.

No aplicable _____ Edéntulo _____ Menos de dos superficies _____

PLACA BLANDA						
	17-16	21-11	26-27	47-46	31-41	36-37
PLACA CALCIFICADA						

Indice de placa blanda. _____

Indice de placa calcificada. _____

Indice de higiene oral simplificado. _____

28- EXAMEN PERIODONTAL

Aspecto clínico.

	N.	A.
1- Color.	___/___	___/___
2- Consistencia.	___/___	___/___
3- Tamaño.	___/___	___/___

	N.	A.
4- Forma.	___/___	___/___
5- Margen.	___/___	___/___
6- Sensibilidad.	___/___	___/___

Descripción clínica.

29- FACTORES DE RIESGO.

Anótelos en orden de importancia:

1- _____

2- _____

3- _____

4- _____

5- _____

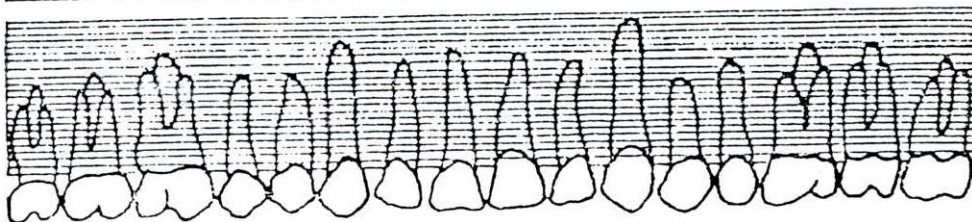
Observaciones: _____

ANEXO DE PERIODONCIA

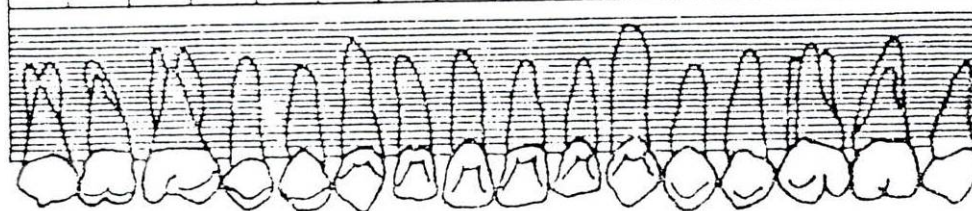
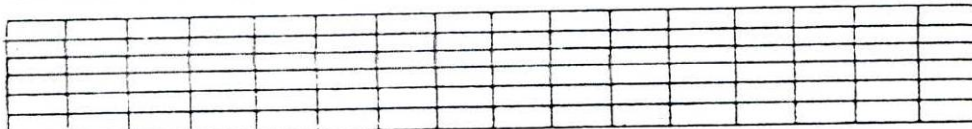
FACETAS DE DESGASTE



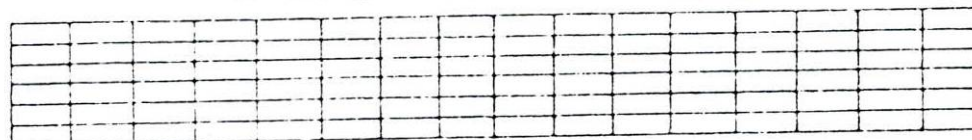
PRONOSTICO



MARGEN
SURCO
NIVEL DE INSERCIÓN
MOVILIDAD
PERDIDA OSEA
L.M.G.



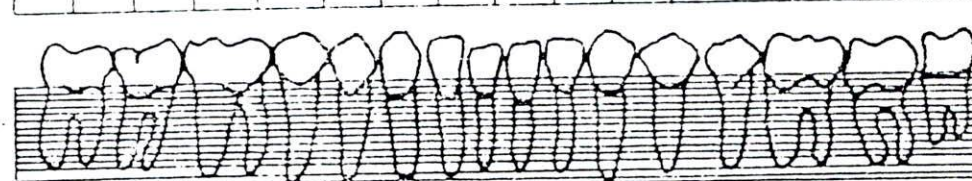
MARGEN
SURCO
NIVEL DE INSERCIÓN
PERDIDA OSEA
FURCACION
PRONOSTICO



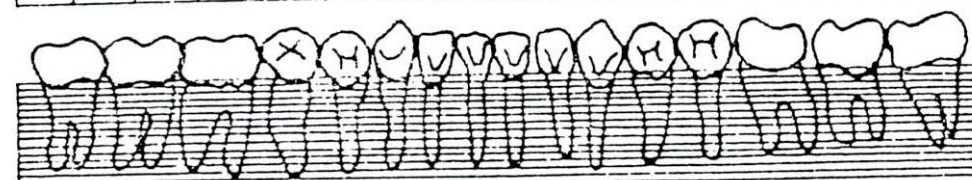
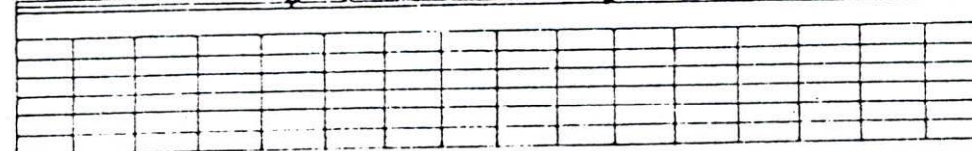
FACETAS DE DESGASTE



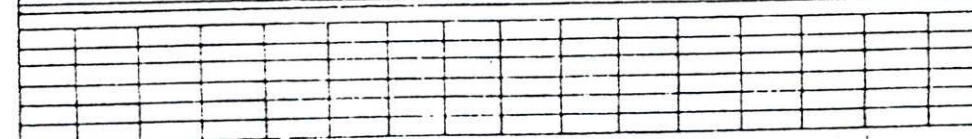
PRONOSTICO



MARGEN
SURCO
NIVEL DE INSERCIÓN
PERDIDA OSEA
L.M.G.
FURCACION



MARGEN
SURCO
NIVEL DE INSERCIÓN
PERDIDA OSEA
L.M.G.
PRONOSTICO



31- EXAMEN OCLUSAL

1- Disminución del número de dientes	Si ☐ No ☐	
2- Apiñamiento	Si ☐ No ☐	A nivel de: _____
3- Diastemas	Si ☐ No ☐	A nivel de: _____
4- Versiones	Si ☐ No ☐	A nivel de: _____
5- Gresiones	Si ☐ No ☐	A nivel de: _____
6- Rotaciones	Si ☐ No ☐	A nivel de: _____
7- Guia anterior normal	Si ☐ No ☐	Condición clínica _____
8- Desoclusión canina	Si ☐ No ☐	Condición clínica _____
9- Contactos prematuros	Si ☐ No ☐	Entre _____
10- Facetas de desgaste	Si ☐ No ☐	EN: _____
11- Atrición	Si ☐ No ☐	EN: _____
12- Abrasión	Si ☐ No ☐	EN: _____
13- Erosión	Si ☐ No ☐	EN: _____
14- Fracturas	Si ☐ No ☐	EN: _____
15- Movilidad	Si ☐ No ☐	EN: _____
16- Mordida cruzada	Si ☐ No ☐	Condición clínica _____
17- Mordida abierta	Si ☐ No ☐	Condición clínica _____
18- Sobremordida	Si ☐ NO ☐	Condición clínica _____
19- Relación de Anglee	Derecha _____ Izquierda _____	
20- Tipo de Maloclusión	Esquelética _____ Dental _____ Mixta _____	

31- EXAMEN FISICO DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

1- Dolor articular	Si ☐ No ☐	Clínica _____
2- Dolor Muscular	Si ☐ No ☐	Clínica _____
3- Otagia	Si ☐ No ☐	Clínica _____
4- Cefaleas	Si ☐ No ☐	Clínica _____
5- Asimetría facial	Si ☐ No ☐	Clínica _____
6- Apertura máxima _____ mmts	Forzada _____ mmts	Disminuida Si ☐ No ☐
7- Espacio interoclusal en reposo _____ mmts.		Normal _____ Aumentada _____ Disminuida _____
8- Saltos y ruidos articulares	SI ☐ NO ☐	Clínica _____
9- Desviación en los movimientos mandibulares	Si ☐ No ☐	
10- Diagrame los trazos de APERTURA	y	CIERRE Mandibulares



32- DIAGNOSTICO INICIAL.**Sistémicos**

- 1- _____
 2- _____
 3- _____

Orales (Mucosas, periodonto, dento-pulpar, oclusal , articular)

- 1- _____
 2- _____
 3- _____
 4- _____
 5- _____
 6- _____
 7- _____
 8- _____
 9- _____
 10- _____

33- EXÁMENES COMPLEMENTARIOS.**1- IMAGENOLOGIA**

- Radiográficos ☐
 Intraorales ☐ Periapical ☐ Coronal ☐ Oclusal ☐
 Extraorales ☐ Panorámica ☐ Perfil ☐ Senos Paran. ☐ A.T.M. ☐
 Otras ☐ Cual? _____
 T.A.C. ☐ RESONANCIA ☐ GAMAGRAFÍA ☐

2- Estudios Anatomopatológicos - Biopsias ☐**3- Exámenes de Laboratorio**

- Cuadro Hemático ☐ Parcial de Orina ☐ Coprológico ☐
 Pruebas de Coagulación ☐
 Tiempo de Coagulación ☐ Tiempo de Tromboplastina ☐
 Tiempo de Protrombina ☐ Recuento Plaquetario ☐
 Otros. ☐ Cuales? _____

4- Montaje Articulador ☐ Encerados Diagnósticos ☐**ANALISIS DE RESULTADOS** _____

34- RESUMEN DE SIGNOS _____

35- RESUMEN DIAGNOSTICO.

Sistémicos

Código _____ 1- _____
Código _____ 2- _____
Código _____ 3- _____

Orales

Código _____ 1- _____
Código _____ 2- _____
Código _____ 3- _____
Código _____ 4- _____
Código _____ 5- _____
Código _____ 6- _____
Código _____ 7- _____
Código _____ 8- _____
Código _____ 9- _____
Código _____ 10- _____

36- PRONOSTICO INTEGRAL.

SOCIOECONOMICO. _____
SISTEMICO. _____
MUCOSA ORAL. _____
PULPO-DENTAL. _____
PERIODONTAL. _____
OCCLUSAL. _____
ARTICULAR. _____

CONCLUSIONES y PRONOSTICO INTEGRAL

37- CONDUCTA A SEGUIR _____

38- TRATAMIENTO INTEGRAL.	COSTOS
1- FASE SISTEMICA	

2- FASE HIGIENICA	

3- FASE REVALUATIVA	

4- FASE CORRECTIVA INICIAL	

5- FASE CORRECTIVA FINAL	

6- FASE DE MANTENIMIENTO	

TOTALES	

39- CONDICIONES DE PAGO.

EL PACIENTE _____ Con C.C. No _____
 SE COMPROMETE CON EL PAGO DE SU TRATAMIENTO EN _____ CUOTAS DE \$ _____
 PARA UN TOTAL DE \$ _____ SON _____ mcte.

 FIRMA DEL PACIENTE

 VB. Central de historias FODUN.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA INTEGRAL DEL ADULTO

HOJA DE EVOLUCION Y TRATAMIENTO # _____

PACIENTE _____ HISTORIA N° _____

No	FECHA	COD CLI	COD ALUM.	RECIBO N°	VALOR	TRATAMIENTO EJECUTADO	FIRMA Y RG. DOCENTES.	FIRMA Y C.C. PACIENTE.

No	FECHA	COD CLI	COD ALUM.	RECIBO N°	VALOR	TRATAMIENTO EJECUTADO	FIRMA Y RG. DOCENTES.	FIRMA Y C.C. PACIENTE

No	FECHA	COD CLI	COD ALUM.	RECIBO N°	VALOR	TRATAMIENTO EJECUTADO	FIRMA Y REG. DOCENTES.	FIRMA Y C.C. PACIENTE

No	FECHA	COD CLI	COD ALUM.	RECIBO N°	VALOR	TRATAMIENTO EJECUTADO	FIRMA Y REG. DOCENTES.	FIRMA Y C.C. PACIENTE.

Número de orden _____

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICAS INTEGRALES DEL ADULTO

REGISTRO Y PROGRAMACION DE PROCEDIMIENTOS E INSUMOS CLINICOS POR SESION

[illegible]

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ CODIGO _____ CLINICA _____ SEMESTRE _____

V.B. DOCENTE: _____ V.B. COORDINADOR CLINICA: _____

REGISTRO Y CONTROL DE PAGOS

FECHA	ATENCIONES	No. RECIBO	VALOR	SALDO

Observaciones finales central de historias _____

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Facultad de Odontología

Historia Clínica No _____

1. Información Personal (Para ser llenado por el paciente)

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ / ____ / ____
 Dirección (Casa) _____ Tel: _____ Día Mes Año
 Dirección (Of.) _____ Tel: _____
 Ocupación _____ Documento de Identidad No. _____
 Lugar de Nacimiento _____ Lugar de Residencia _____
 Fecha de Hoy ____ / ____ / ____ Estado Civil _____

Es la primera vez que lo van a atender en la Universidad SI _____ No _____
 Indique la disponibilidad de tiempo que tiene para asistir a las citas odontológicas (días, horas, AM, PM) _____
 Indique el nombre de la persona o entidad que lo remitió a la Clínica de la Universidad _____

Si el paciente es menor de edad o el tratamiento es responsabilidad de alguien distinto al paciente por favor indique:
 Nombre de la persona responsable _____ Teléfono _____
 Relación con el paciente _____

2. Historia Médica (Para ser llenado por el paciente)

Cual es el nombre de su médico y/o compañía prestadora de servicios de Salud _____

Teléfono de su médico _____

Está bajo tratamiento médico SI _____ No _____

Si respondió afirmativamente señale el motivo _____

Está tomando algún medicamento SI _____ No _____

Si respondió afirmativamente indique nombre de la(s) droga(s), dosis y frecuencia _____

Si ha sido hospitalizado, señale las fechas y motivos: _____

Está embarazada o lactando SI _____ No _____

Fuma Cigarrillo, Pipo, Tabaco SI _____ No _____

Bebe Tabaco con regularidad SI _____ No _____

ANTECEDENTES MEDICOS: Por favor marque con una X si sufre o ha sufrido alguna de las siguientes condiciones

Asbestosis _____	Transfusión de sangre _____	Alteraciones de tiroides _____
Angina de pecho _____	Hemofilia _____	Alteraciones hormonales _____
Hipertensión Arterial _____	Alteraciones de Coagulación _____	Cambios en menstruación _____
Soplo cardíaco _____	Anemias _____	Anorexia _____
Infarto de Miocardio _____	Fiebre reumática _____	Bulimia _____
Lesiones cardíacas _____	Dolor Articular _____	Tratamiento psicológico, psiquiátrico _____
Prolapso Válvula mitral _____	Articulaciones artificiales _____	Problemas de Sueño _____
Válvula Cardíaca Artificial _____	Enfermedades Venéreas _____	Nerviosismo, Stress _____
Hematomas frecuentes _____	Drogadicción _____	Depresión con frecuencia _____
Marcapasos _____	Alcoholismo _____	Uso con frecuencia _____
Accidente cerebro vascular _____	SIDA/AIDS/HIV+/- _____	Falta de apetito _____
Hongos _____	Pérdida de peso anormal _____	Problemas respiratorios _____
Problemas renales-Diálisis _____	Fiebre con frecuencia _____	Tabaquismo (Fumador) _____
Terapia de Radiación _____	Hepatitis A _____	Tuberculosis _____
Quimioterapia _____	Hepatitis B, C, D _____	Sinusitis _____
Cáncer _____	Artritis _____	Enfisema pulmonar _____
Úlceras _____	Problemas gastrointestinales _____	Tos persistente _____
Problemas de Piel _____	Trauma, Golpes, Accidentes _____	Aasma _____
Glaucoma _____	Epilepsia o convulsiones _____	Pneumonia _____
Dolor de Cabeza _____	Dolor de cuello _____	Dolor de espalda _____
Otro _____		

Ha sufrido alguno de sus familiares directos (Padres, hijos, hermanos, abuelos) cáncer, diabetes, enfermedades emocionales, cardíacas, congénitas, otras ☐ Si ☐ No

Especifique

HA REACCIONADO A ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

Aspirina Anestésicos Locales Sulfas (Bactrim) Metales Oxido Nitroso Codeína
Penicilina Fibras Flores, polvo, Alimentos Otros

3. Historia Odontológica (Para ser llenado por parte del paciente)

Cuando fué su última visita al odontólogo _____
Cuándo le hicieron un examen radiográfico oral por última vez _____
En sus palabras indique el problema que tiene o cree estar teniendo _____

Como considera su salud oral actual (subraye) Mala Regular Buena Excelente ☐ Si ☐ No

Le tiene temor a las visitas odontológicas ☐ Si ☐ No

Le han hecho extracciones de dientes ☐ Si ☐ No

Utiliza actualmente algún tipo de prótesis dental ☐ Si ☐ No

De que tipo (Subraye) TOTAL ☐ PARCIAL ☐ FIJA ☐ REMOVIBLE ☐ DE IMPLANTES ☐

Cuanto tiempo hace que estas fueron fabricadas _____ ☐ Si ☐ No

Le tiene temor a la idea de utilizar una prótesis que sea removible ☐ Si ☐ No

Está feliz y satisfecho con sus prótesis actuales ☐ Si ☐ No

Está satisfecho con la apariencia de sus dientes ☐ Si ☐ No

Siente temor o complejo alguno al reír o sonreír ☐ Si ☐ No

Le gustaría que su sonrisa luciera mejor o diferente ☐ Si ☐ No

Tiene manchas en sus dientes que le molestan ☐ Si ☐ No

Le gusta el color, forma, o tamaño de los dientes ☐ Si ☐ No

Ha considerado alguna vez o ha tenido cirugía plástica ☐ Si ☐ No

Ha tenido alguna vez tratamiento de ortodoncia ☐ Si ☐ No

Siente que su mordida ha variado ☐ Si ☐ No

Le sangran las encías espontáneamente al cepillarse ☐ Si ☐ No

Ha tenido alguna vez tratamiento periodontal o de encías ☐ Si ☐ No

Le han hecho cirugía periodontal o de encías ☐ Si ☐ No

Siente sus dientes flojos ☐ Si ☐ No

Siente dolor de diente(s) en este momento ☐ Si ☐ No

Son sus dientes sensibles al calor, frío, dulce, presión ☐ Si ☐ No

Ha tenido alguna vez tratamiento endodóntico o de conductos ☐ Si ☐ No

Es Usted consciente de apretar o rechinar los dientes ☐ Si ☐ No

Al despertar siente sensación de cansancio y/o dolor facial ☐ Si ☐ No

Sufre o ha sufrido de dolor de oído últimamente ☐ Si ☐ No

Tiene dificultad o dolor para abrir su boca completamente ☐ Si ☐ No

Siente bríos o ruidos en la mandíbula al masticar o abrir la boca ☐ Si ☐ No

Utiliza o ha utilizado placas para dormir ☐ Si ☐ No

Se le dificulta masticar la comida ☐ Si ☐ No

Siente que la comida se le queda entre los dientes ☐ Si ☐ No

Sufre con frecuencia de herpes labial o "fuegos" en sus labios ☐ Si ☐ No

Utiliza regularmente la seda dental ☐ Si ☐ No

Utiliza enjuague bucal con regularidad. Cual _____ ☐ Si ☐ No

Tiene mal sabor en la boca o mal aliento ☐ Si ☐ No

Certifico que he respondido las preguntas realizadas en esta historia clínica de acuerdo a mis conocimientos. Autorizo a la UNIVERSIDAD EL BOSQUE, a sus estudiantes de pregrado y postgrado, y docentes de la facultad de odontología para que procedan a realizar el examen inicial, tomar radiografías, fotografías extra e intraorales, tomar modelos de estudio, ordenar exámenes de laboratorio necesarios y cualquier otro tipo de examen que ellos consideren relevante para el estudio de mi caso

NOMBRE _____

FIRMA _____

FECHA _____

ESPACIO PARA SER LLENADO POR PARTE DEL ODONTOLOGO

Resumen de Historia Médica y odontológica que afecten el tratamiento

NOMBRE _____

HISTORIA No _____

CAMBIOS EN HISTORIA MEDICA Y ODONTOLÓGICA

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

NOMBRE _____ HISTORIA No _____

4. Examen Físico

MOTIVO DE LA CONSULTA _____

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL _____

SEÑALES VITALES

Pulso _____ p.p.m.
Tensión Arterial _____ / _____ m.m.Hg
Frecuencia Respiratoria _____
Frecuencia Cardíaca _____

EXAMEN EXTRAORAL

Craneofacial _____
Neuromuscular _____
Asimetrías _____
Piel y Anexos _____
Senos Paranasales _____
A.T.M. _____
Neurológico _____
Cuello _____
Cuello _____

EXAMEN INTRAORAL

Mucosas _____
Lengua _____
Tejidos Duros _____
Tejidos Blandos _____
Mucosa gingival _____

Pruebas de Vitalidad	Diente _____	Prueba _____	Resultado _____
	Diente _____	Prueba _____	Resultado _____

NOMBRE _____ HISTORIA No _____

ESTADO DENTAL

11	51	31	71
12	52	32	72
13	53	33	73
14	54	34	74
15	55	35	75
16		36	
17		37	
18		38	
21	61	41	81
22	62	42	82
23	63	43	83
24	64	44	84
25	65	45	85
26		46	
27		47	
28		48	

5. Exámenes Complementarios

5.1 IMÁGENES DIAGNOSTICAS

Periapical: Completo _____
Parcial _____

Panorámica _____
Coronales _____ Derecho _____
Izquierdo _____

Oclusal _____ Superior _____
Inferior _____

Perfil _____

Anteroposterior _____
Carpograma _____
T.A.C. _____

Submentoniana _____
Tomografía Lineal _____
Resonancia Magnética _____

OSERVACIONES _____

5.1 EXÁMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS

5.2 OTROS EXÁMENES

NOMBRE _____

HISTORIA No _____

6. Diagnóstico, Pronóstico y Plan de Tratamiento

DIAGNOSTICO INTEGRAL

PRONOSTICO

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO PROPUESTO

PRESUPUESTO

ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO

FIRMA ESTUDIANTE _____
CODIGO ESTUDIANTE _____

FIRMA DOCENTE _____
CODIGO DOCENTE _____

NOMBRE ESTUDIANTE _____

NOMBRE
DOCENTE _____

NOMBRE _____ HISTORIA No _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____ CODIGO _____

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

TRATAMIENTO A EJECUTAR:

PRESUPUESTO

TOTAL PRESUPUESTO

FIRMA DOCENTE _____

CODIGO DOCENTE _____

FIRMA ESTUDIANTE _____

CODIGO ESTUDIANTE _____

1. Autorizo a la UNIVERSIDAD EL BOSQUE a tratar las siguientes condiciones presentes en mi boca _____

2. El odontólogo tratante y el docente encargado han discutido conmigo toda las las alternativas de tratamiento propuestas y la información que a continuación se resume:

A. Descripción del tratamiento propuesto: Ver el cuadro al principio de esta página

B. Los beneficios del tratamiento propuesto

son _____

C. Los riesgos del tratamiento propuesto

son _____

D. Otras alternativas viables de tratamiento, sus ventajas y riesgos

son _____

E. Si no se lleva a cabo ningún tratamiento lo siguiente puede

ocurrir _____

3. Soy consciente y acepto que además de los riesgos arriba descritos, otros riesgos se pueden presentar ya que la odontología no es una ciencia exacta. Soy consciente que ninguna garantía se ha dado sobre el resultado del tratamiento ya que cambios se pueden dar durante el tratamiento

4. Autorizo a la UNIVERSIDAD EL BOSQUE a administrar anestésicos locales, sedativos, hipnóticos y otros analgésicos, y demás fármacos que sean necesarios para mi tratamiento.

5. Entiendo y autorizo que la UNIVERSIDAD EL BOSQUE y/o sus estudiantes/residentes/docentes tomen fotografías de mi caso con fines educativos y docentes o de tratamiento.

6. He tenido la oportunidad de discutir mi tratamiento y las alternativas propuestas. Todas mis inquietudes han sido resueltas a satisfacción. Por lo tanto considero que tengo la información pertinente a mi tratamiento y autorizo explícitamente a la UNIVERSIDAD EL BOSQUE, a sus estudiantes, residentes y docentes a ejecutar el tratamiento aquí propuesto y descrito. Acepto los costos que están implicados en dicho tratamiento. Acepto cancelar dicho valor en las fechas estipuladas con mi odontólogo tratante. No impongo ninguna limitación o prohibición con respecto al tratamiento excepto _____

OBSERVACIONES POR PARTE DEL
PACIENTE _____

Firma paciente/Rep legal _____
paciente _____
Huella Dactilar _____

Nombre _____

Si acude como representante legal o acudiente de un menor o incapacitado
Firma Acudiente _____

Nombre Acudiente _____

Firma Estudiante/Residente _____

Nombre
Estudiante/Residente _____

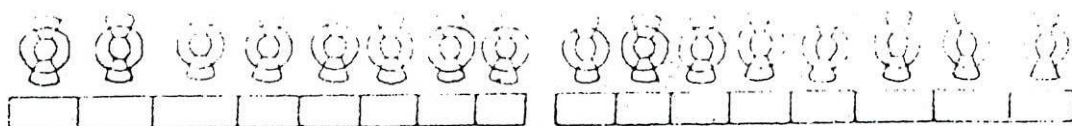
Código _____

Firma Docente _____

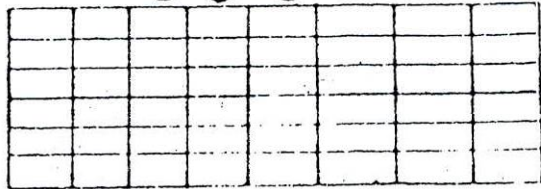
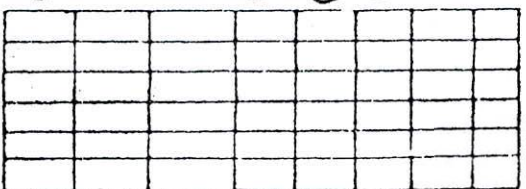
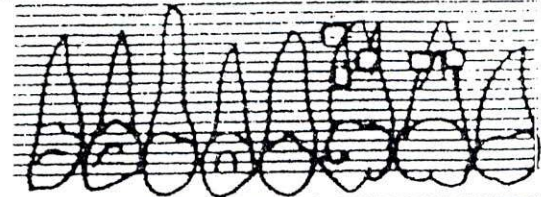
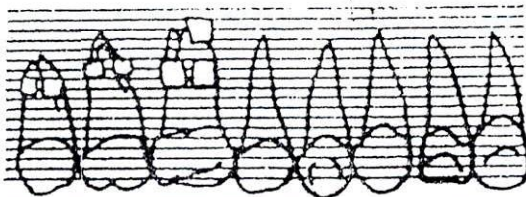
Nombre
Docente _____

Código _____

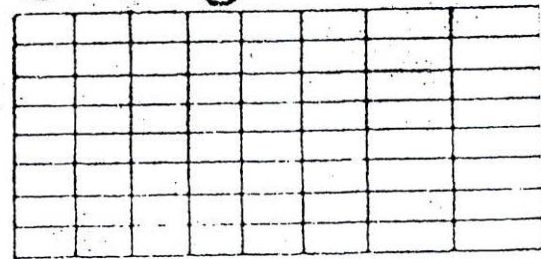
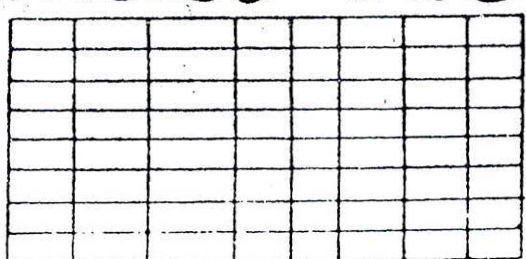
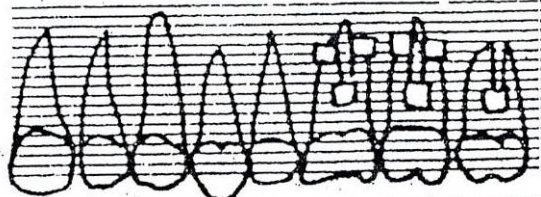
MOVILIDAD



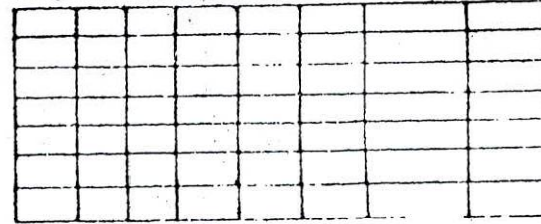
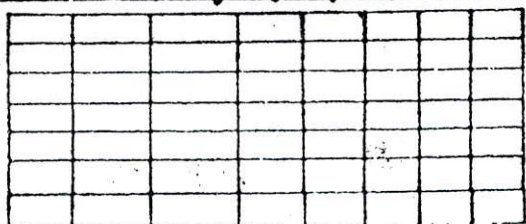
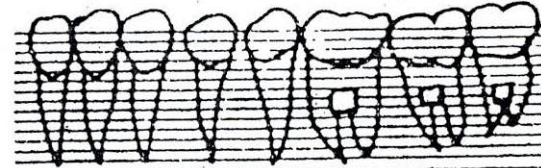
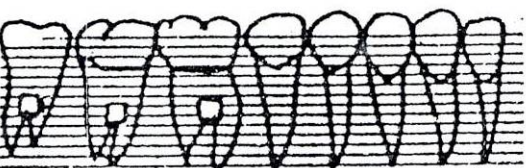
Margen 1
Surco 1
Niv. Inserción 1
Margen 2
Surco 2
Niv. Inserción 2



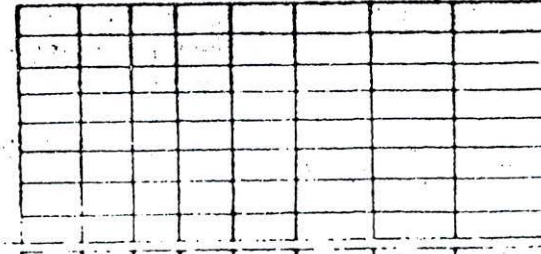
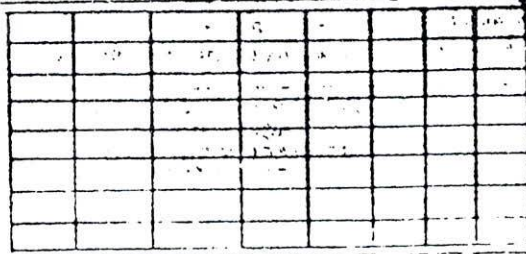
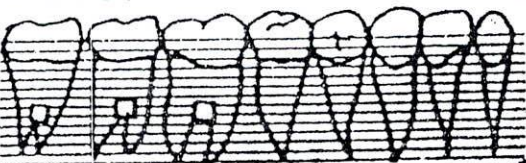
Margen 1
Surco 1
Niv. Inserción 1
L.M.G.
Margen 2
Surco 2
Niv. Inserción 2
Pronóstico



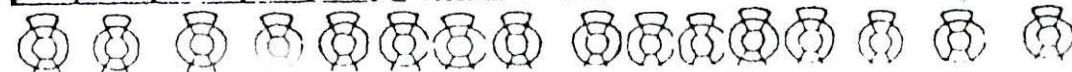
Margen 1
Surco 1
Niv. Inserción
L.M.G.
Margen 2
Surco 2
Niv. Inserción



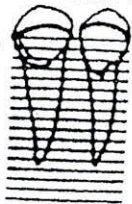
Margen 1
Surco 1
Niv. Inserción 1
L.M.G.
Margen 2
Surco 2
Niv. Inserción
pronóstico



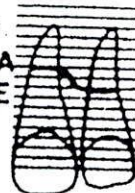
MOVILIDAD



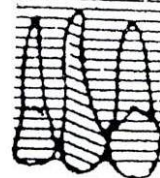
LA LINEA DEL MARGEN GINGIVAL SE MARCA EN (ROJO)



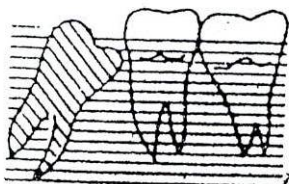
LA L.M.G.
SE MARCA
EN VERDE



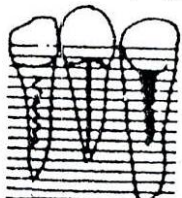
DIENTE AUSENTE



DIENTE INCLUIDO

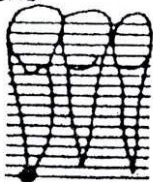


ENDODONCIA DEFET
ENDODONCIA (NEGRO)

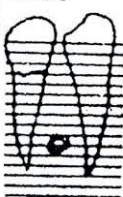


NUCLEO AMARIL. AZUL

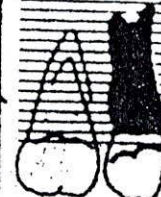
LESIONES
PERIAPICALES
NEGRO



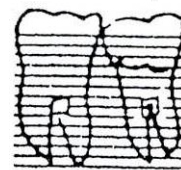
FISTULAS
ROJO



DIENTE EN
ERUPCION

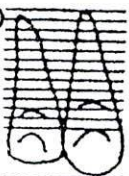


BIOTRIFURCACIONES



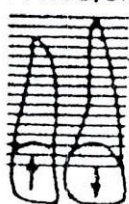
GRADO 1-2-3

HEMORRAGIA (ROJO)
EXUDADO
(AMARILLO)

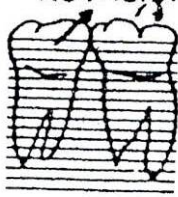


BOLSA I 4 5 6 4 6

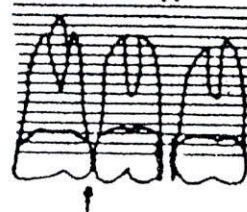
INTRUSION
EXTRUSION



VERSION
ROTACION



EMPAQUETAMIENTO
DIASTEMA II



PUENTE FIJO (AZUL)
DIENTE FIJO DESADAP.
(AZUL HALO ROJO)



MOVILIDAD

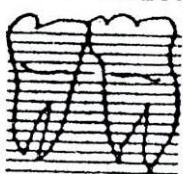
1 2 3

GRADOS DE PRONOSTICOS

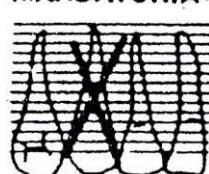
B R M

B- BUENO
R- REGULAR
M- MALO

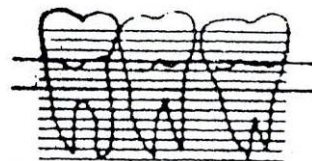
→ GRESION



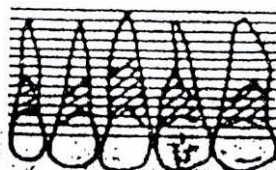
EXODONCIA
MANDATORIA X



PROTESIS REMOVIBLE TOTAL
(ROJO)



NIVEL DE INSERCIÓN



* 222	* 223	* 231	* 221	* 231
* 463	* 566	* 479	* 663	* 363
* 243	* 689	* 447	* 104	* 334

ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

BOLSA I 676 689 956
BOLSA II 444 456 745

* MARGEN
* SURCO
* NIVEL DE INSERCIÓN 2

CONVENCIONES

- CRIES
- RECURRENCIA CRIES
- OBTURACIONES DEFECTUOSAS
O CORONA DESADAPTADA
- OBTURACION TEMPORAL
- OBTURACION ORO
- OBTURACION AMALGAMA

- NEGRO
- HALO NEGRO
- HALO NEGRO
- NEGRO
- AMARILLO
- AZUL

- IONOMERO DE VIDRIO
- OBTURACION RESINA
- OBTURACION SILICATO
- PROTECCION TEMPORAL
- SELLANTES
- EXODONCIA INDICADA
- EXTRAIDO
- SIN ERUPCIONAR
- PARCIAL Y TOTAL
- INDICE C O P

- VERDE
- VERDE
- VERDE
- GRIS
- MORADO
- ROJO
- ROJO
- ROJO

NOMBRE _____ HISTORIA No. _____

HOJA DE EVOLUCION**FECHA**

EVOLUCION

[illegible]