

711  
00740

PROPUESTA DEL REDISEÑO DE LA HISTORIA CLINICA  
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

SANDRA JULIETH GONZÁLEZ

MARIO LEÓN

ASTRID SÁNCHEZ

LUZ MYRIAM SÁNCHEZ

LUISA VIANETTE SUÁREZ

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

1999



COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO  
BIBLIOTECA SEDE NORTE

PROPUESTA DEL REDISEÑO DE LA HISTORIA CLINICA  
COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANDRA JULIETH GONZÁLEZ

MARIO LEÓN

ASTRID SÁNCHEZ

LUZ MYRIAM SÁNCHEZ

LUISA VIANETTE SUÁREZ

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar  
El Título de Especialista en Odontología

Director

ESPERANZA SANDOVAL FONSECA

Odontóloga General

Asesor Metodológico

ELBA MARÍA BERMUDEZ

Odontóloga Maestría en Administración de Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
SANTAFÉ DE BOGOTÁ, D.C.

1999

## CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	6
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	8
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
1.2 JUSTIFICACION	8
1.3 PROPOSITO	9
1.4 MARCO TEORICO CONCEPTUAL	11
1.5 OBJETIVOS	40
1.5.1 General	40
1.5.2 Específicos	40
2. METODO	41
2.1 TIPO DE ESTUDIO	41
2.2 CATEGORIAS DE ANALISIS	41
2.3 MATERIALES Y METODOS	41
2.4 RESULTADOS	42
2.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	42
3. CONCLUSIONES	45
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## INTRODUCCIÓN

Para definir la atención en odontología se ha tenido en cuenta varios criterios, por una parte el concepto de cuidado progresivo que generaliza el incremento en la complejidad e intensidad de los servicios odontológicos, de acuerdo con el estado oral de las personas y por otro el concepto de atención integral, implica la participación ordenada y en equipo de todas las personas auxiliar de acuerdo con el riesgo que motiva la demanda de servicios y con los recursos disponibles. Tomando como base los anteriores criterios, se ha diseñado un nuevo modelo de la Historia Clínica.

Se quiere destacar el papel fundamental de la Historia Clínica, para la capacitación de datos sobre los diferentes eventos de salud oral de las personas, para facilitar la optimización de las decisiones y acciones de prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento del paciente así como también podemos facilitar las actividades de docencia e investigación.

Los elementos que componen y que son objeto del proyecto son: los conceptos, instrumentos, normas y procedimientos relacionados con La Historia Clínica y los registros secundarios. El incremento de la complejidad de los servicios de salud

fue incorporando progresivamente el número de odontólogos, especialidades, para una buena prestación del servicio en salud oral, lo cual demandó una organización en el registro de la Historia Clínica y los anexos contemplados en el presente documento, para facilitar la comunicación entre los colegas que en algún momento necesitan de este y así poder garantizar la continuidad e integridad de la atención.

## **1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION**

### **1.1 DEFINICION DEL PROBLEMA**

Se han encontrado fallas en el diligenciamiento de la Historia Clínica ya que se encuentra una sobreinformación en algunos temas y lo mismo una subinformación en otros, no esta cumpliendo con los requisitos básicos como: que sea ágil, veraz y oportuna. Se quiere tratar de concientizar al profesional en este caso el odontólogo de su importancia, su uso, estructura y características; sobre todo la responsabilidad del odontólogo en relación con ella.

### **1.2 JUSTIFICACIÓN**

- Hacer un rediseño de la Historia Clínica ya que esta es muy extensa y no satisface las necesidades del alumno, docente y mucho menos del paciente.

- Tener en cuenta que si hacemos un poco más fácil el diligenciamiento de esta podemos responsabilizarnos y concientizarnos de la importancia que tiene para nosotros como profesionales de la salud. Allí consignamos todos los datos del paciente que nos sirven para un análisis completo y de gran valor en los aspectos legales.
- Las condiciones de salud del paciente deben ser datos e información precisa acerca de la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medio ambiental que pueda incidir en la salud del paciente.

### **1.3 PROPOSITO**

- El propósito del proyecto es revisar los criterios, normas, instrumentos y procedimientos de la Historia Clínica y de la institución para contribuir a una mejor organización, calidad de atención y facilitar la investigación y docencia institucional.
- Que en las historias clínicas quede registrado y así mismo refleje el tipo de atención que se desea brindar y por lo tanto sus características deben ser acordes con la estructura de tal registro.

- Adecuación a la institución, de acuerdo a las necesidades y complejidad de los problemas atendidos.
- Necesidad del docente, alumno para poder satisfacer los requerimientos del paciente.
- Mejorar la imagen de la Institución.
- Que logremos concientizar al profesional de la importancia de la veracidad de la información registrada.
- Que se realice en el momento adecuado y se cumplan las normas de la Universidad.
- Ofrecer un buen servicio al paciente.
- Mejorar la historia para facilitar su diligenciamiento.
- Brindar bienestar y comodidad al paciente.
- Ayudar al estudiante a una mejor comprensión, un manejo ágil y crear conciencia pensando en la salud del paciente.
- Mejorar momentos de docencia.
- Tener información suficiente de cómo recibimos a nuestros pacientes.
- Hacer un buen diagnóstico, necesitamos la claridad de un buen pronóstico.
- Ganancias para la facultad, tanto en dinero como en tiempo.
- Veracidad en la información registrada.
- Beneficios para mejorar la imagen de la Institución, no se realizarían tantos tratamientos y subtratamientos.

#### 1.4 MARCO TEORICO CONCEPTUAL.

La Historia Clínica es un registro de las condiciones de salud del paciente, un documento privado y legal, es reservado, sólo puede ser conocido por terceros con una autorización o en casos de que la ley lo requiera.

- Contribuye a mejorar la calidad de atención prestada, sirve como ayuda a la memoria del operador.
- Facilita el control y evaluación de calidad o eficacia de la atención dada al paciente.

Debe cumplir con características como:

- A. **DISPONIBILIDAD:** Cuando se requiera y dentro de los parámetros que la ley nos permita.
- B. **OPORTUNA:** Sea inmediatamente después de que ocurra la prestación del servicio.

- C.. RACIONALIDAD CIENTÍFICA: Diligenciamiento sea honesto y con criterio.
- D. COMPLETA: Llene todas las expectativas tanto del profesional como del paciente.
- E. CRONOLOGÍA: Llenar un registro detallado de las secuencias en que se presta el servicio.
- F. INTEGRALIDAD: Debe reunir toda la información desde niveles de fomento, promoción de salud, prevención, rehabilitación de la enfermedad y controles necesarios. También tenemos que abordar otros aspectos como son biológicos, psicológicos, social del paciente, después de cumplir estos requisitos podemos darle un pronóstico, diagnóstico preciso y presupuesto.

### **CONCEPTOS GENERALES SOBRE ATENCIÓN MEDICA**

- A. Debe ser atención organizada.
- B. Funcionamiento debe organizarse de acuerdo a las necesidades.

- C. Debe evaluar la eficiencia y la eficacia.
- D. Deben separar los diferentes tipos de atención:
  - Nivel Local
  - Nivel Regional.
  - Nivel de máxima tecnología.
- E. De la adecuada interrelación de estos componentes, dependerá la efectividad del sistema de salud en el logro de su objetivo.

#### **ASPECTOS ETICOS Y LEGALES QUE DEBEMOS TENER EN CUENTA PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

- Tener previo conocimiento de terminología de la Historia Clínica para saber que se va a preguntar al paciente.
- Lo que relata el paciente a su odontólogo “no solamente le relata los aspectos orgánicos, sino sus sentimientos, afectos y otras cosas privadas, es decir relata su vida y descubre sus intimidades”.

- Las preguntas que se realizan al paciente no deben ser inspiradas por curiosidad sino por el deseo de servir, pues de lo contrario se lesiona moralmente el ejercicio de la profesión.
  
- ¿Qué se escribe realmente en la Historia Clínica? Debemos tener en cuenta cinco puntos importantes como son:
  1. La Historia Clínica es en general un relato de la intimidad del paciente así que siempre debemos favorecer y no perjudicar, ante todo no hacer daño.
  2. Es la transcripción de unos hechos que ha comprobado o que son comprobables por la anamnesis, por el examen clínico que en general son la evidencia.
  3. Teniendo en cuenta estas evidencias el profesional de acuerdo a su preparación académica puede llegar a unos diagnósticos, pronóstico y tratamiento, este punto es muy valioso para en la Historia Clínica ya que de acuerdo a su preparación, sensibilidad y capacidad de evaluar estos aspectos puede llegar a una buena conclusión o todo lo contrario.
  4. Tener en cuenta que cuando el profesional este escribiendo la Historia Clínica, tiene que escribirla en forma clara y adecuada para

que así en un futuro pueda ser utilizada por él mismo u otro profesional.

5. Debe estar elaborada de tal forma que permita ubicar cualquier trastorno o alteración del paciente.

### **COMO DEBE ESCRIBIRSE LA HISTORIA CLINICA**

Los principios que deben seguirse además de los semiológicos o académicos propiamente médicos para que el relato clínico cumpla con las exigencias de tener en forma conveniente, con una configuración adecuada, pero infortunadamente en la práctica dichos principios no se cumplen, o solo en baja proporción.

- La Historia Clínica debe ser legible no sólo para el profesional que la relata, sino para cualquier otro colega o cualquier otra persona que tenga que conocerla.
- El lenguaje debe ser claro usando una correcta terminología médica y el idioma propio de la nacionalidad en el que ejerce el profesional.

- Es aconsejable el empleo mínimo de siglas y estas deben limitarse a las mundialmente aceptadas.
- Debe ser de tal forma que no permitan dudas, las posibilidades de diagnóstico, las indicaciones terapéuticas, preventivas o de rehabilitación, etc., y las explicaciones posibles que sobre riesgos posibles en cualquiera de estos campos, se hayan suministrado al paciente.
- Si todo esto no está bien expresado puede dar pie a demandas contra los médicos y al mismo tiempo dificultad para su defensa.
- Ojalá como prueba de aceptación se logre la firma del paciente o de su representante legal.
- Por ningún motivo debe escribirse en la historia clínica comentarios menos si son irónicos, que dejen entrever errores, diagnósticos, terapéuticos, juicios sobre la preparación académica del colega o sobre la idoneidad del personal auxiliar.

***“SI tenéis algo bueno que decir de un colega, proclámalo por doquier; si no tenéis nada bueno que decir, mejor es callar”.***

**ASPECTOS ETICOS.**

- El secreto o sigilo profesional médico se constituye en base fundamental de esa indispensable confianza y en un derecho sagrado del paciente.
- ¿A quien obliga el sigilo profesional médico? En primer lugar al médico, pero en realidad obliga moralmente a toda persona que por razón de su profesión u oficio conozca de esa intimidad, incluyendo a estudiantes.
- Se considera un secreto cuando no lo saben más de dos personas o muy pocas.
- La gravedad de quebrantar el sigilo profesional especialmente en la parte medica, es como atentar contra la dignidad de la persona humana del paciente, que descubrió su intimidad de la cual es dueño absoluto y la del médico o de las personas que recibieron o conocieron esa confidencialidad, con real daño moral para el primero y para los segundos.
- Además atenta contra el bien común y el prestigio de todos los profesionales de la salud, contra la confianza en ellos y por consiguiente contra los profesionales en sí.

**CIRCUNSTANCIAS DE ORDEN LEGAL, INDICADAS POR DISPOSICIONES JUDICIALES O POR EXIGENCIAS ETICAS.**

1. En razón del bien común.
2. Para evitar un daño grave, irreparable y cierto a terceras personas.
3. El bien del mismo paciente, como el caso de niños, enfermos mentales, ancianos, etc.
4. Cuando su guarda constituye un peligro real grave no evitable por otros médicos, para el profesional medico o del área de la salud.
5. El consentimiento del paciente, pero debe ser un consentimiento debidamente ilustrado.
6. Ni siquiera la muerte del paciente libera al odontólogo o médico del sigilo profesional.
7. El paciente la puede solicitar al profesional para hacer de ella una adecuada utilización, cambio de profesional, interconsultas, etc.
8. El Ministerio de Salud considera que es necesario expedir las normas correspondientes al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas dentro del Régimen de Seguridad Social.

## **CONDICIONES DE LA HISTORIA CLINICA**

**Generalidades:** Debe diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones y sin dejar espacios en blanco. Cada anotación debe llevar la fecha y la hora en que se realiza, con nombre completo y firma del autor de la misma.

### **Componentes:**

- a. **IDENTIFICACIÓN:** Apellidos, nombres completos, estado civil, documento de identidad, fecha de nacimiento, edad, género, ocupación, dirección, teléfono del domicilio, lugar de residencia, nombre y teléfono del acompañante, nombre y teléfono de la persona responsable del usuario.
- b. **REGISTROS ESPECÍFICOS:** Los contenidos mínimos por medio de anexos.
- c. **SOPORTES:** Son todos aquellos documentos que sirven como sustento legal, técnico científico tales como: Autorización para intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos, autorización para necropsia, resumen

de atención y demás documentos que las instituciones consideren pertinentes.

### **CONCEPTO GENERAL SOBRE LA HISTORIA CLINICA**

- A. Contribuir a la identificación y cuantificación de los problemas de salud y sus factores relacionados.
- B. Controlar eficiencia de los recursos y eficiencia de las decisiones.
- C. Detectar la evolución de los problemas.
- D. No deben existir historias separadas por especialidad.
- E. Ideal sería que las personas tuvieran una historia no solo cuando están enfermas, ya que la información puede ser tanto preventiva como curativa.
- F. Historia para una atención individual.

- G. Unicidad: Implica incluir en un solo documento toda la información relativa a la salud, a lo largo de su vida, independientemente del lugar donde se le brinde la atención.
  
- H. Uniformidad: Al homogeneizar los formularios de todas las instituciones facilita el funcionamiento del sistema de remisión del paciente, atención en todos los niveles del sistema y áreas del país.
  
- I. Cada institución hospitalaria (local, regional y universitaria) debe conformar el Comité de Historias Clínicas, encargado de velar por el cumplimiento de las normas, establecidas para su correcto diligenciamiento y adecuado manejo.

## **INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLINICA EN ODONTOLOGIA,**

El objetivo general es registrar la anamnesis, evaluación estomatológica, examen físico, diagnóstico, pronóstico, y plan de tratamiento para el examen odontológico, previo a una atención programada.

La Historia Clínica será diligenciada por el odontólogo que realiza el examen, previo a la iniciación de la atención programada.

### **Diligenciamiento:**

#### IDENTIFICACIÓN:

- Nombre del paciente, número de la historia clínica y fecha de ingreso.
- Número de documento de identidad, donde fue expedida.
- Sexo, marcar con una (X) la casilla correspondiente.
- Edad, anotar años cumplidos.
- Fecha de nacimiento.
- Lugar de nacimiento.
- Residencia habitual y actual.

#### EVALUACION ESTOMATOLÓGICA

#### EXAMEN FÍSICO

- Temperatura, pulso, tensión arterial y respiratoria.

EXAMEN DENTAL: Anotar cualquier ampliación o declaración a las condiciones anteriores en el espacio de observación.

Evaluación del estado periodental: para la evaluación tenemos un periodontograma, que esta dividido en posteriores derechos e izquierdos superiores e inferiores y centrales.

ODONTOGRAMA: Utiliza la convención adecuada según la condición de cada diente. Diagnóstico y pronostico; según el caso anotar los diagnósticos presuntivos o definitivos en el orden de prioridad de acuerdo con el criterio profesional.

PRONOSTICO: Anotar el tipo de pronostico según el diagnóstico, puede expresarse como bueno, malo o reservado, etc.

PLAN DE TRATAMIENTO: Anotar en la casilla correspondiente el número de la prioridad de tratamiento asignado por el profesional.

## **ATENCIÓN INMEDIATA (URGENCIAS EN ODONTOLOGIA)**

Tiene como objeto registrar la identificación, la anamnesis, diagnóstico y atención brindada correspondiente a una atención odontológica inmediata.

- La Historia Clínica lo diligencia el odontólogo que brinda la atención cuando se efectúa el examen y el tratamiento necesario para una atención inmediata, siempre y cuando no esté inscrito para atención programada.
- Cuando el paciente ingresa "Atención Programada" el formulario de urgencias hará parte de ella.

### **Diligenciamiento:**

**ANAMNESIS:** Este procedimiento se realizará para cada consulta de atención inmediata. En el espacio de otras enfermedades anotar si el paciente presenta una enfermedad diferente.

**Diagnóstico y atención brindada:** Anotar el día y el mes cuando se realiza la atención, diagnóstico y atención brindada, se coloca la firma del profesional que efectúa la atención.

**Exámenes Auxiliares de Diagnóstico:**

Tiene por objeto principal concentrar los formatos con los resultados de los exámenes auxiliares de laboratorio.

Los formularios se deben diligenciar en original y copia; el original será anexado a la historia clínica y la copia se archivará en el laboratorio.

Todo informe de laboratorio debe aparecer en la historia clínica revisar que el nombre y número de exámenes corresponden a los de la historia.

Los informes deben tener fecha, hora, forma y código de la persona que realizó el examen.

En la columna de valores normales se debe registrar dicho valor de acuerdo con la técnica utilizada en el laboratorio.

## **INTERCONSULTA**

**Objetivo:** Registrar el motivo de la interconsulta, el resumen clínico y respuesta del médico consultado.

La responsabilidad la obtiene el médico que solicita y el que da la respuesta.

**Diligenciamiento:** Debemos tener en cuenta:

- a. Identificación: todos los datos como si fuera una consulta.
- b. Solicitud: Fecha, hora de la solicitud de la interconsulta.
  - Servicio Consultante: anotar el nombre del servicio que atiende al paciente y que hace la solicitud.
  - Motivo Interconsulta y Resumen Clínico: Describe la raza o factor determinante que ocasiona la interconsulta, además de un resumen clínico lo más completamente posible.
- c. Respuesta de Interconsulta: *Fecha*, anotar el día, mes y la hora de la respuesta a la interconsulta. *Servicio Consultado*: Anotar el nombre del servicio que da respuesta a la interconsulta.
- d. Ordenamiento: Describe en el orden indicado los procedimientos y exámenes efectuados, diagnósticos, pronósticos y recomendaciones que considere pertinentes.

## **REMISION DE PACIENTES (SOLICITUD)**

El objetivo es poder remitir un paciente con una información de Historia Clínica muy resumida y completa.

El responsable del diligenciamiento es el profesional que hace la solicitud de atención:

### **Diligenciamiento:**

- a. Identificación de Instituciones: Anotar el nombre de la Institución que realiza la remisión del paciente y el nombre de la institución al cual se envía.
- b. Identificación del Paciente:
  - Nombre del paciente: Apellidos y nombre completo.
  - Número de la Historia Clínica de la Institución que remite.
  - Edad, sexo y residencia habitual.
  - Número de Historia Clínica de la Institución que recibe.
  - Persona responsable del paciente: Nombre y relación con el paciente.

- Residencia actual; Dirección, teléfono, localidad, municipio y teléfono persona responsable del paciente.
  
- c. Solicitud de Atención: Fecha de remisión: año, mes y día.  
Médico que remite: Nombre y apellido completo.  
Servicio al cual se remite: Anotar el nombre del servicio al cual se envía el paciente.
  
- d. Ordenamiento: Anotar en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnósticos, resumen de evolución, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión, al final del ordenamiento el profesional responsable deberá firmar y anotar su código.

### **REMISIÓN DE PACIENTES (RESPUESTAS)**

**Objetivo:** Registrar la identificación y resumen de la Historia Clínica de los pacientes remitidos. El responsable del diligenciamiento del formulario es el

profesional que brinda la atención y se debe diligenciar al terminar la interconsulta o el tratamiento y este formulario se anexa a la Historia Clínica.

**Diligenciamiento:**

- a. Identificación de Instituciones: Anotar el nombre de la Institución que da respuesta y el nombre de la institución que realmente hizo la solicitud.
- b. Identificación del Paciente: Nombre del Paciente, número de la Historia Clínica Institución que reporta, número de la Historia Clínica institución que recibe.
- c. Ordenamiento: Anotar en el orden indicado el resumen de la evolución, fecha y resultado de exámenes auxiliares de diagnóstico, complicaciones, tratamientos empleados, pronósticos y recomendaciones.

Al final deberá firmar el responsable de la atención brindada.

## **EPICRISIS**

- Registrar Los datos sobre el estado de salud y la atención brindada durante el tratamiento odontológico.
- Registrar la atención brindada.
- El formulario será diligenciado directamente por el odontólogo que efectúe la atención, en forma obligatoria el egreso de un paciente en odontología, esto siempre y cuando el paciente se encuentre hospitalizado más de 48 horas a otros casos simplemente se hace un anexo.

### **Diligenciamiento:**

- a. Identificación: Nombre del paciente, número de Historia Clínica, edad y sexo. También debemos tener en cuenta las normas generales de la identificación para cualquier tratamiento.
  - Iniciación de la atención: anotar fecha y el servicio que se le presta al paciente y el día en el cual comienza la atención.
  - Finalización de la atención: Anota la fecha y el servicio de la Institución del cual finalmente egresa el paciente.

**b.** Diagnóstico, procedimiento y tratamiento:

- Diagnóstico definitivo: Anotar el diagnóstico una vez conocido los resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico y de realizar los procedimientos que considere necesarios.
- Procedimientos quirúrgicos: Anotar los procedimientos practicados al paciente durante el periodo de atención odontológica.

**c.** Ordenamiento: Anotar el resumen de la anamnesis, examen físico al ingreso del paciente así como su evolución, complicaciones, la condición del mismo al egreso, el pronóstico, las recomendaciones dadas y la fecha y resultados de los exámenes auxiliares de diagnóstico que el médico u odontólogo considere importante. Finalmente el profesional responsable de la atención, deberá firmar y colocar su código.

## **ORDENES MÉDICAS**

Tiene como objetivo registrar prescripciones y ordenes dadas por el profesional encargado de la atención del paciente, en este caso el odontólogo.

Prescripciones y ordenes: Debe anotar el día, mes, año y hora en que se realiza la prescripción.

El responsable de la prescripción o cualquier nota anexa debe firmar.

Debe quedar una copia de la prescripción en la Historia Clínica sin la firma del responsable.

## **TRATAMIENTOS**

Objetivo es registrar los datos relativos a los nombres de los medicamentos, vías de aplicación y dosis e indicaciones de los tratamientos realizados al paciente.

**ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO:**

- Medicamentos, vías, dosis e indicaciones; anotar para cada medicamento el nombre, vía de aplicación, el número de dosis y la indicaciones de acuerdo a la orden médica.
- Anotar las fechas completas de cuando se administran el medicamento.
- Firmar la prescripción.
- Tener en cuenta temperatura, escribirla en grados centígrados.
- Peso en kilogramos, anotar el peso real del paciente, si no anotar que no sabe.
- Respiraciones, anotar el número de respiraciones por minuto.
- Tomar la tensión y anotar los valores normales.

**INFORME QUIRÚRGICO**

El objetivo es registrar los diagnósticos pre y post operatorios, la intervención practicada, el tipo de anestesia, la descripción de los hallazgos operatorios,

procedimientos y complicaciones, así como los tejidos enviados a anatomía patológica, cuando el caso lo amerita.

El responsable del diligenciamiento del formulario es el cirujano que realiza la intervención quirúrgica, una vez terminada la misma.

Anotar los nombres y apellidos completos del cirujano y ayudantes si existieran.

### **DIAGNÓSTICO**

- Pre-operatorio; Anotar el nombre del diagnóstico que presenta el paciente antes de la intervención quirúrgica.
- Pos-operatorio: Anotar el nombre del diagnóstico que presenta el paciente después de la intervención quirúrgica.

### **INTERVENCIÓN PRACTICADA Y TIPO DE ANESTESIA**

- Fecha

- Hora en que comenzó
- Hora en que terminó
- Intervención practicada
- Tipo de anestesia.

#### **DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS OPERATORIOS, PROCEDIMIENTOS Y COMPLICACIONES.**

- Anotar en el orden indicado los hallazgos operatorios.
- Los procedimientos usados y las complicaciones presentadas durante la intervención.
- Firma y código del profesional que practicó la intervención.
- Tejidos enviados a anatomía patológica. Anotar el nombre de la muestra enviada a anatomía.

#### **INFORME DE PATOLOGÍA**

- El objetivo es identificar el tipo de material enviado para estudio de laboratorio.

- Tener claramente los motivos que originaron su estudio.
- Obtener un informe detallado de las muestras enviadas al laboratorio.
- Registrar el diagnóstico, pronóstico y recomendaciones basados en los hallazgos patológicos.
- El responsable del diligenciamiento es el odontólogo solicitante y el patólogo que recibe la muestra.

**Diligenciamiento:**

- a. Material para estudio: Anotar el nombre y características de la muestra.
- b. Fecha completa: mes, día y año.
- c. Persona que envía la muestra: Anotar el nombre completo y código de este profesional.

**Ordenamiento:**

Anotar en el orden indicado los estudios y respuestas histológicas previos en cuatro números y resultados y enfermedad actual, su tiempo de evolución, manifestaciones, ubicación de la lesión, operación ejecutada y hallazgos y presunción diagnóstica.

**Informe Patológico:**

- a- Anotar el número asignado al estudio realizado.
- b- Anotar día, mes y año, la hora que se envió el informe.
- c- Anotar el nombre del servicio al cual se envía el informe.

**Ordenamiento y funcionamiento:**

- Numeración: Se entiende la asignación de un número permanente de historia a un paciente que por primera vez acuda a una institución.

- Normas Generales:

- a. Cada Institución debe establecer sus propias series de números de Historias Clínicas; esta numeración será perpetuamente es decir que es una serie.
- b. Las Instituciones deben calcular de acuerdo con el número de consultas primera vez, un número de Historias con tantos dígitos como se considere necesario.

- c. Antes de asignar un número de Historia Clínica es imprescindible consultar el índice de pacientes para asegurar que la persona no tiene una Historia Clínica iniciada.
- d. Cuando se asigna más de un número a un paciente, se conserva el primero y los demás se anularan.
- e. Para reducir la posibilidad de asignar el mismo número a dos pacientes o de emitir un número, deben numerarse simultáneamente.
- El registro de números
  - La carpeta de Historia Clínica
  - El carnet de citas
  - La tarjeta de índice de pacientes
  - El carnet de citas
  - La tarjeta de índice de pacientes
  - El formulario de identificación y resumen de atención.
- f. La historia debe tener ordenada para facilitar el manejo y utilización de la información.
- g. Requiere de una carpeta tamaño carta con un gancho legajador lateral para asegurar los formularios, esto para evitar el deterioro y pérdida de los mismos.
- h. Es importante identificar al personal que registra los datos de la Historia Clínica.
- i. Instituciones deben mantener personal autorizado.

- j. A partir de los hospitales locales siempre deberá establecer el archivo pasivo.
- k. El archivo debe disponer de espacios suficientes para conservar las Historias Clínicas por un tiempo mínimo de cinco años.
- l. Los Hospitales Universitarios y Regionales deben tener espacio suficiente para conservar las Historias Clínicas para un periodo mínimo de 10 años.
- m. Las Historias Clínicas se trasladan del archivo activo al pasivo de acuerdo a la última atención del paciente.
- n. Por ningún motivo deberá darse una nueva numeración a la Historia Clínica que se traslade del archivo pasivo, ni sea asignada a otro paciente el número de la Historia Clínica que se haya enviado al pasivo, o según normas establecidas.
- o. Los formularios de urgencias que no se incorporen en la Historia Clínica se archivarán en estricto orden alfabético del paciente.
- p. Todas las Instituciones deben tener un estricto control sobre la entrada y salida de la Historia Clínica.
- q. Ninguna Historia Clínica deberá salir de la Institución.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 Objetivo General**

Elaborar una historia para la facultad de Odontología que pueda satisfacer los requerimientos básicos para la prestación de un buen servicio.

### **1.5.2 Objetivos Específicos**

- Establecer datos de identificación personal.
- Diseñar por sistemas la anamnesis.
- Realizar la evaluación estomatológica.
- Proponer los anexos en las áreas de total, removible, endodencia, oclusión, fija y cirugía.
- Elaborar un manual instructivo para desarrollar el buen manejo de la Historia Clínica e información básica para el estudiante.

## **2. METODO**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

PROPUESTA DEL MODELO DE UNA HISTORIA CLÍNICA.

### **2.2 CATEGORIAS DE ANALISIS**

- Sistema: Neurológico, hematológico, respiratorio, endocrino, cardiovascular, órganos de los sentidos, otros.
- Sistema Estomatognatico.
- Anexos en áreas total, removible, endondencia, oclusión fija, cirugía.
- Propuesta del Manual

### **2.3 MATERIALES Y METODOS**

- Revisión de las Historias Clínicas. Antonio Nariño, San Martin Javeriana, Universidad del Bosque, Universidad del Valle y la del COC.

- Luego bajo la supervisión de expertos, médicos, se establecieron pautas con patólogos, para hacer una buena anamnesis y así también poder clasificar por sistemas.
- Resumir la valoración del examen físico del paciente.
- Teniendo en cuenta la anamnesis y evolución de la historia diseñada; se elaboró un Manual Instructivo, anexos para así reforzar conocimientos básicos de la carrera.

## **2.4 RESULTADOS**

Diseño de la Historia Clínica.

## **2.5 PROCESAMIENTOS DE LA INFORMACIÓN**

- Se tuvo en cuenta la forma en que se diligenciaba la Historia Clínica en la Universidad.

Se encontraron muchos errores, tales como la información registrada no era veraz.

Se diligenciaban de una manera rápida y muchas veces sin entender lo que se pregunta.

- Se reunieron Historias Clínicas de todas las facultades de Santafé de Bogotá en odontología.

Se realizó una comparación y se notó que existía una sobreinformación en algunas áreas y una subinformación en otras, así se comenzaron a sacar las preguntas esenciales para ir formando una que fuera completa, corta y que satisficiera todas las necesidades del profesional. Como un segundo paso se realizó de la misma manera unos anexos para cada especialidad, como son Endodoncia, Periodoncia, Prótesis Total, Prótesis Fija y Operatoria; esto con la ayuda enciclopedias y asesorados por especialistas.

También se tuvo asesorías de médicos y patólogos, al realizar un instructivo para el diligenciamiento de esta, en lo posible se dejó de una manera que fuera fácil de entender por el alumno, esto no quiere decir que el alumno se vuelva sujeto del manual, ya que para poder entenderlo necesita saber los conceptos básicos de odontología.

Así se fue complementando la Historia Clínica aboliendo y anexando cosas hasta quedar un modelo que sería el ideal tanto para la

Universidad como para todas las personas que en algún momento  
tuvieran que ver con esta.

### 3. CONCLUSIONES

- Concientizar a los alumnos que se puede hacer la Historia Clínica de una manera agradable, afianzando las bases teóricas podríamos lograr que esta se diligenciara de una forma más honesta.
- Si existen ciertas normas que se dan a conocer respecto al manejo y archivo de los registros en la Historia Clínica, estos se van a respetar ya que desde un principio se concientiza al alumno de los riesgos que puede tener si no se cumple estas normas.
- Si logramos un modelo de Historia Clínica que sea ideal para la Universidad, cuerpo docente, alumnos y pacientes vamos a facilitar el trabajo; así mismo se va a ofrecer un mejor servicio y todos nos vamos a ver favorecidos ya que para todos va a ser más fácil comprender, analizar y dar un buen resultado de lo que queremos, ve o comprobar por medio de la Historia Clínica.
- Se va a hacer menos monótono el diligenciamiento hasta el mismo paciente se va a sentir más seguro, el alumno va a saber a ciencia cierta que le puede ofrecer como tratamiento a su paciente, sin correr el riesgo de un fracaso.

- Sea fácil de entender , de fácil acceso a personas que en un futuro necesitan de ella.

# HISTORIA CLINICA

H.C.N \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

## COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO FACULTAD DE ODONTOLOGIA

### I. Identificación

Apellidos y nombres del Estudiante		Código	Sem.	Teléfono
Apellidos y nombres del Docente		Piso	Turno	
Apellidos y nombres del Paciente			<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Otros	Número
Dirección de Residencia		Ciudad		Teléfono
Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza		Estado civil
Ocupación		RH		Tiene historia clínica en otra institución
Ultima visita al médico		Ultima visita al odontólogo		
Tratamiento actual		Motivo de consulta		

### II. Anamnesis

Historia Médica Familiar \_\_\_\_\_

Historia Médica Personal:

1. Sistema Neurológico: (Cefaleas, convulsiones, epilepsia, trastornos mentales, vértigo, anorexia, retardo mental, parálisis cerebral): \_\_\_\_\_

2. Sistema Hematológico: (Petecuias, epistaxis, trastornos plaquetarios, transfusiones, anemia, hemofilia): \_\_\_\_\_

3. Sistema Respiratorio: (Rinitis, asma, infecciones respiratorias, Cianosis, Hipoxia, bronquitis, ira, actinomicosis, asfisma): \_\_\_\_\_

4. Sistema Endocrino: (Hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes, ictericia, hepatitis, pancreatitis, amigdalitis, adenoides, hipoglicemia, hiperglicemia): \_\_\_\_\_

5. Sistema Inmunológico (Linfoadenopatías, inmunodeficiencias, lupus, sida): \_\_\_\_\_

6. Sistema Cardiovascular: \_\_\_\_\_

H.C.N. \_\_\_\_\_

7. Organos de Los Sentidos: (Visión, gusto, olfato, tacto, audición): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Otros: (Hospitalizaciones, traumás, cirugías, parotiditis, desnutrición, dermatitis, tumores, quimioterapia, ~~cancer~~, alergias, enfermedades eruptivas, antibióticoterapia). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Embarazo \_\_\_\_\_

Reacción a la anestesia \_\_\_\_\_

9. Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hago constar que lo escrito anteriormente es válido. Firma del Paciente \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

### III. Evaluación Estomatológica

(Dolor: Músculos masticadores. ATM: Ruido, dolor, alteraciones mov, desarmonías oclusales, hábitos, xerostomía, odontalgia, dolor tejidos blandos, halitosis). \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hábitos alimenticios \_\_\_\_\_

Hábitos de higiene oral \_\_\_\_\_

Tratamientos odontológicos recibidos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### IV. Exámen Físico

Aspecto general del paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Presión Arterial \_\_\_\_\_

Evaluación psicológica \_\_\_\_\_

Actitud Ante el Tratamiento Odontológico \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Remisiones \_\_\_\_\_

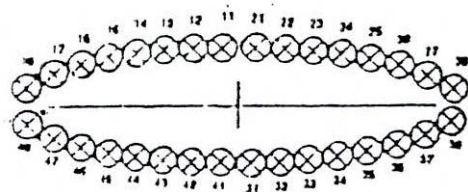
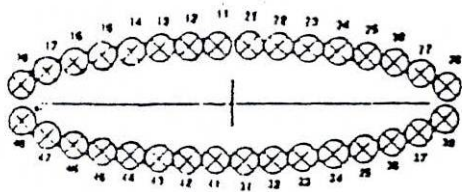
\_\_\_\_\_

### I. Evaluación Periodontal

- \* Encia \_\_\_\_\_
- \* Cálculos \_\_\_\_\_
- \* Exudado o Supuración \_\_\_\_\_
- \* Movilidad Dentaria \_\_\_\_\_
- \* Frémito \_\_\_\_\_
- \* Halitosis \_\_\_\_\_

### 2. Evaluación de Higiene Oral (O'Leary)

- \* Frecuencia de cepillado \_\_\_\_\_
- \* Fecha \_\_\_\_\_ No. Dientes presentes \_\_\_\_\_
- No. Total - Caras \_\_\_\_\_
- No. Caras Afectadas \_\_\_\_\_
- Resultados \_\_\_\_\_



Re-evaluación

### 3. Periodontograma (Al respaldo)

4. Diagnóstico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_

Tratamiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

# PERIODONTOGRAMA

Furcaciones



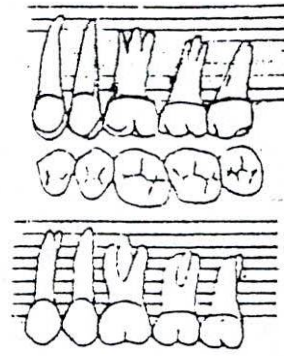
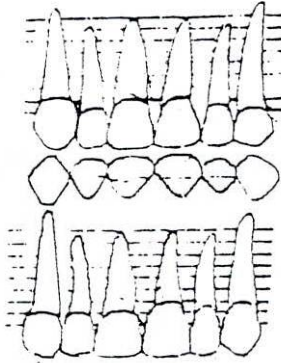
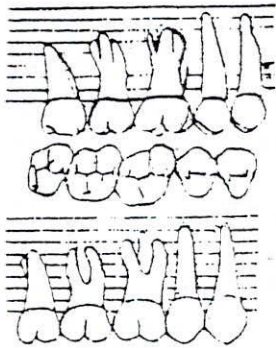
Sondaje Inicial




Sondaje Re-eval.

Nivel Inserción

Recesión



Sondeo Inicial

Sondeo Re-eval.

Nivel Inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival




Sondeo Inicial

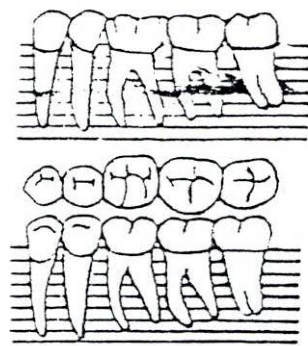
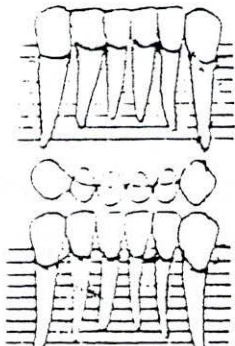
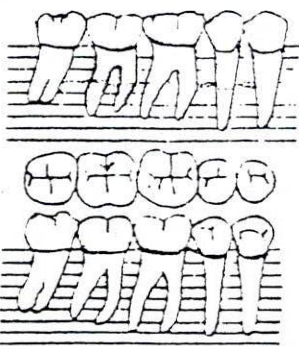
Sondeo Re-eval.

Nivel Inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival



Sondeo Inicial

Sondeo Re-eval.

Nivel Inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival

Furcaciones






P

V

V

L

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

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES - FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONVERSIONES: Caries(rojo), Ausente (negro), Vitalidad (+-), Resina (amarillo), Amalgama (gris), incrustación (dorado), Temporal (verde), Cambio color (naranja), Erosión (café), Fracturas (-), Dolor (rojo), Malposiciones (,x).

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A. Examen Facial \_\_\_\_\_

- 1. Simetría facial \_\_\_\_\_
- 2. Competencia labial \_\_\_\_\_
- 3. Surco Labio Mentoniano \_\_\_\_\_
- 4. Perfil \_\_\_\_\_

B. Examen Intraoral \_\_\_\_\_

- 1. Clasificación de Angle \_\_\_\_\_
- 2. Resalte Overjet \_\_\_\_\_
- 3. Entrecruzamiento Overbite \_\_\_\_\_
- 4. Línea media dentaria \_\_\_\_\_
- 5. Análisis de espacios \_\_\_\_\_

C. Examen de Disnasia \_\_\_\_\_

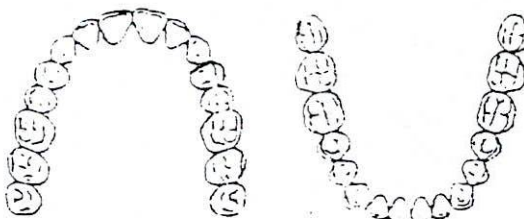
D. Examen Funcional \_\_\_\_\_

- \* Grado de movimiento mandibular \_\_\_\_\_
- Apertura \_\_\_\_\_
- Protrusión \_\_\_\_\_
- Lateralidad izquierda-derecha \_\_\_\_\_
- Ruidos articulares \_\_\_\_\_
- Relación céntrica \_\_\_\_\_

E. Palpación Articular y Muscular \_\_\_\_\_

Análisis de Modelos \_\_\_\_\_

- Configuración Arcos Superior \_\_\_\_\_
- Inferior \_\_\_\_\_
- Espacios Edéntulos \_\_\_\_\_
- Diastemas // \_\_\_\_\_
- Apiñamiento \*/ \_\_\_\_\_
- Malposiciones \_\_\_\_\_



Facetas de Desgaste \_\_\_\_\_

Relación Dentaria \_\_\_\_\_

Planos Oclusales \_\_\_\_\_

Intrusiones \_\_\_\_\_

Extrusiones \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_

Plan de Tratamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. No. De Diente \_\_\_\_\_

2. Examen Radiográfico \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico \_\_\_\_\_

4. Pronóstico \_\_\_\_\_

5. Plan de tratamiento \_\_\_\_\_

6. Medicina oral \_\_\_\_\_

N° Diente	
N° de Conducto	
Conductometria (Longitud)	
Tipo de Preparación	
Conometria (Cono Principal)	
Obturaciones (Conos, material)	
Irrigante	
Quelante	
Cemento	

Observaciones \_\_\_\_\_

Acepto estar conforme con el tratamiento propuesto y acepto los riesgos inherentes a la intervención bajo mi propia responsabilidad

Firma \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Tipo de Radiografía \_\_\_\_\_

MAXILARES	ZONA	HALLAZGOS IMPORTANTES	POSIBLES DIAGNOSTICOS
SUPERIOR			
INFERIOR			

Posibles Diagnósticos

Observaciones

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. Diente \_\_\_\_\_

Zona \_\_\_\_\_

Orientación \_\_\_\_\_

Exámenes de laboratorio solicitados

TP \_\_\_\_\_ Cuadro Hemático \_\_\_\_\_

TPT \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Resultados de Laboratorio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Procedimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anestesia \_\_\_\_\_

Incisión \_\_\_\_\_

Tipo de Colgajo \_\_\_\_\_

Instrumentos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tiempos Quirúrgicos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tipo de Sutura \_\_\_\_\_

Premedicación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Complicaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Post-operatorio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Acepto el tratamiento propuesto y los riesgos inherentes a la intervención bajo mi propia responsabilidad.

\_\_\_\_\_

Cirujano

\_\_\_\_\_

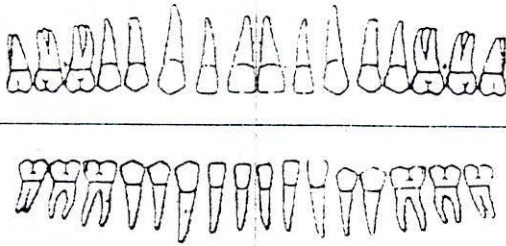
Patólogo

\_\_\_\_\_

Paciente

A.

	No. DE UNIDADES	PILARES	PONTICOS
CORONAS			
PPF			



CONVENCIONES:  
 Coronas: Color dorado  
 Núcleos: Color gris  
 Postes: Plateado  
 (Vitalidad (+/-))

B. Núcleos \_\_\_\_\_

Cantiliver \_\_\_\_\_

C. Material Estético \_\_\_\_\_

Tipo de Metal \_\_\_\_\_

Guía de Color \_\_\_\_\_

Superficie Oclusal \_\_\_\_\_ Palatina \_\_\_\_\_

Línea de Terminación \_\_\_\_\_

D. Tipo de Cirugía Requerida \_\_\_\_\_

E. Fechas de las Etapas \_\_\_\_\_

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Cementación de Núcleos) \_\_\_\_\_

Impresión Definitiva (Material) \_\_\_\_\_

Prueba de Estructura Metálica \_\_\_\_\_

Prueba de Porcelana \_\_\_\_\_

Cementación Definitiva \_\_\_\_\_

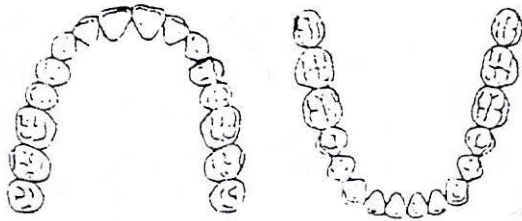
Control \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



1. Clasificación de Kennedy



Clase I \_\_\_\_\_

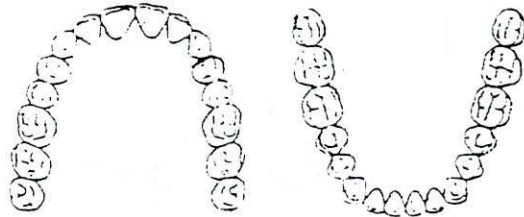
Clase II \_\_\_\_\_

Clase III \_\_\_\_\_

Clase IV \_\_\_\_\_

2. Diseño a realizar:

- Conectores
- Mayor (naranja)
- Menor (amarillo)
- Apoyos (azules)
- Retenedor (rojo)
- Base protésica (verde)



3. Cirugía requerida \_\_\_\_\_

4. Fecha de las etapas \_\_\_\_\_

DIA    MES    AÑO

Impresión definitiva (material) \_\_\_\_\_

Prueba de estructura \_\_\_\_\_

Selección dientes (tamaño, color, forma) \_\_\_\_\_

Tratamiento entregado \_\_\_\_\_

Control \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Declaro estar conforme con el tratamiento propuesto y acepto los riesgos inherentes del tratamiento bajo mi propia responsabilidad.

Firma Paciente \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

1. Causa de pérdida de dientes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Configuración de arcos  
Superior \_\_\_\_\_  
Inferior \_\_\_\_\_



3. Examen Extra-oral  
Forma - cara \_\_\_\_\_  
Perfil \_\_\_\_\_  
Palpación temporomandibular \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Examen Intraoral  
Palpación de Músculos Periorales \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tamaño - borde residual \_\_\_\_\_  
Forma del borde residual \_\_\_\_\_  
Forma del paladar \_\_\_\_\_  
Lengua (tamaño, forma, posición función) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Piso de boca \_\_\_\_\_  
Tipo de saliva \_\_\_\_\_  
Bolsillo retromoiar \_\_\_\_\_  
Inserción de Frenillos \_\_\_\_\_

5. Etiología \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Exodoncias Mandatorias \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_  
Plan de tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. Información General

Apellidos y nombres del Estudiante		Código	Semestre	
Teléfono	Piso	Turno		
Apellidos y Nombres del Docente				
Apellidos y Nombres del Paciente			Documento de Identidad	
Dirección	Teléfono	Edad	Sexo	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Ocupación	En caso de Accidente Avisar a			

2. Motivo de Consulta \_\_\_\_\_

3. Examen Físico

Presenta alguna enfermedad (Sistémica, hemorrágica, alérgica, otras) \_\_\_\_\_

Presión arterial \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Reacción ante la anestesia \_\_\_\_\_

Aspecto general del paciente \_\_\_\_\_

Examen físico oral \_\_\_\_\_

Examen complementario radiográfico \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Tratamiento \_\_\_\_\_

Docente \_\_\_\_\_ Alumno \_\_\_\_\_

Acepto estar conforme con el tratamiento propuesto y acepto los riesgos inherentes a la intervención bajo mi propia responsabilidad

Firma Paciente \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_ Huella Dactilar Índice Derecho

Nombre del Docente		Semestre	
Nombre del Estudiante	Código	Teléfono	
Nombres del Paciente		Dirección	
Teléfono		Fecha	

1. Remitido a: \_\_\_\_\_

2. Resumen de historia clínica \_\_\_\_\_

3. Diagnóstico \_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Firma del Docente \_\_\_\_\_

Firma Paciente \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Firma Estudiante \_\_\_\_\_

H.C.N. \_\_\_\_\_

## SECUENCIA DEL PLAN DE TRATAMIENTO

PASO	AREA	PROCEDIMIENTO	FIRMA DOCENTE	FECHA
------	------	---------------	------------------	-------



H.C.N. \_\_\_\_\_

YO \_\_\_\_\_ CON C.C. No \_\_\_\_\_ ME COMPROMETO A PAGAR  
 DE \_\_\_\_\_ UNA HISTORIA CLINICA DE \$ \_\_\_\_\_ CON DERECHO A  
 CITA DIAGNOSTICA Y A CANCELAR UNA CITA CADA VEZ QUE SEA NECESARIO ASISTIR DE  
 \$ \_\_\_\_\_ Y A ASUMIR EL COSTO Y EL TIEMPO  
 NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO PROSTODONCIA DE \_\_\_\_\_  
 \$ \_\_\_\_\_ O LAS POSIBLES CIRUGIAS  
 PERIODONTALES , ENDODONTICAS, ESTETICAS DE  
 \$ \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

TOTAL A PAGAR: \_\_\_\_\_

FECHAS ACORDADAS Y VALOR \_\_\_\_\_

ABONOS \_\_\_\_\_ SALDO \_\_\_\_\_

Y TAMBIEN DECLARO QUE CONOZCO EN SU TOTALIDAD EL PLAN DE TRATAMIENTO A  
 REALIZAR Y LO ACEPTO, ADEMÁS SOY CONSCIENTE QUE EN DIAGNOSTICO DEL MISMO SE  
 PODRAN PRESENTAR MODIFICACIONES DE LAS CITAS ESTARE PLENAMENTE INFORMADO  
 ACLARO QUE EL TRATAMIENTO ME FUE EXPLICADO POR PARTE DEL ALUMNO Y DOCENTE Y  
 LO HE ENTENDIDO A CABALIDAD

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

CC. OTI: \_\_\_\_\_

HUELLA INDICE DR. \_\_\_\_\_

H.C.N

YO \_\_\_\_\_ CON CEDULA No. \_\_\_\_\_  
DE \_\_\_\_\_

RECIBO A ENTERA SATISFACCION EL TRATAMIENTO REALIZADO Y ME ENCUENTRO A PAZ Y SALVO CON EL ALUMNO EN LA PARTE ECONOMICA, TODO EL TRATAMIENTO DE REHABILITACION Y PROSTODONCIA ME FUE ENTREGADO.

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_



CC. OTI: \_\_\_\_\_

HUELLA INDICE DERECHO