



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

HISTORIA CLÍNICA MÉDICO ODONTOLÓGICA

Clínica: _____ No. de expediente: _____ Fecha inicio: _____ Fecha de alta: _____
 Nombre: _____ Sexo: () fem. () masc.
 Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Estado civil: _____
 Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Domicilio: _____
 Entidad: _____ Teléfono: _____ Institución de derechohabencia: _____
 En interrogatorio indirecto: nombre y parentesco de la persona que proporciona la información: _____

En caso necesario comunicarse con: _____ Al teléfono: _____ Horario: _____
 Nombre de su médico o institución de derechohabencia: _____ Teléfono: _____
 Motivo de la consulta (TEXTUAL): _____

¡¡ALERTA!!

Escribir en los espacios o señalar con una "X" en caso afirmativo

ANTECEDENTES FAMILIARES Y HEREDITARIOS

Patologías	Madre				Padre				Hermanos				Observaciones
	Madre	Abuela	Abuelo	Otros	Padre	Abuela	Abuelo	Otros	Hermanos				
Diabetes													
Hipertensión arterial													
Cardiopatías													
Neoplasias													
Epilepsia													
Malformaciones													
SIDA													
Enfermedades renales													
Hepatitis													
Artritis													
Otra													
Aparentemente sano													

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

	NO	SI	FECHAS
Varicela			
Rubéola			
Sarampión			
Parotiditis			
Tosferina			
Escarlatina			
Parasitosis			
Hepatitis			
SIDA			
Asma			
Disfunciones endocrinas			
Hipertensión			
Cáncer			

	NO	SI	FECHAS
Enf. Transm. Sex.			
Epilepsia			
Amigdalitis de repetición			
Tuberculosis			
Fiebre reumática			
Diabetes			
Enf. Cardiovasculares			
Artritis			
Traumatismos con secuelas			
Intervenciones quirúrgicas			
Transfusiones sanguíneas			
Alergias a:			

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Frecuencia del cepillado _____ Utiliza hilo dental SI() NO()
 Le han realizado aplicación tópica de fluoruros SI() NO() Fecha _____
 Enjuagues con fluoruro SI() NO() Autoaplicación de fluoruro SI() NO()

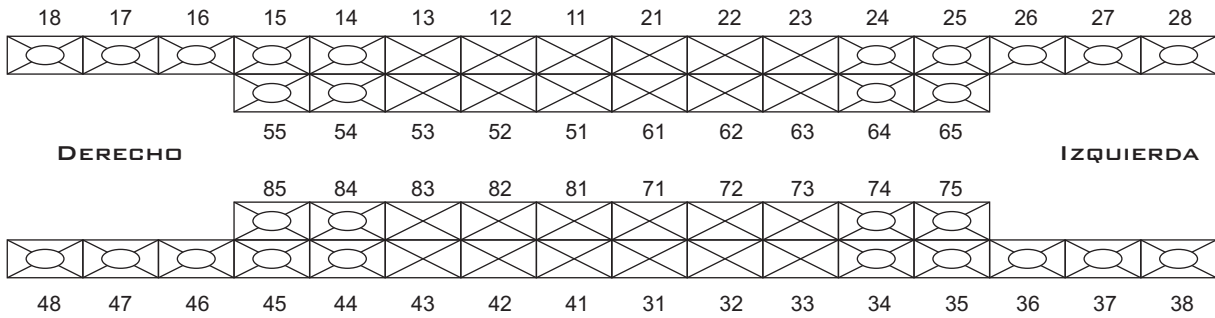
ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO

Fecha inicial:			
	IR	IC	Prom.
Vestibular	11		
	31		
	16		
	26		
Lingual	36		
	46		

Fecha final			
	IR	IC	Prom.
Vestibular	11		
	31		
	16		
	26		
Lingual	36		
	46		

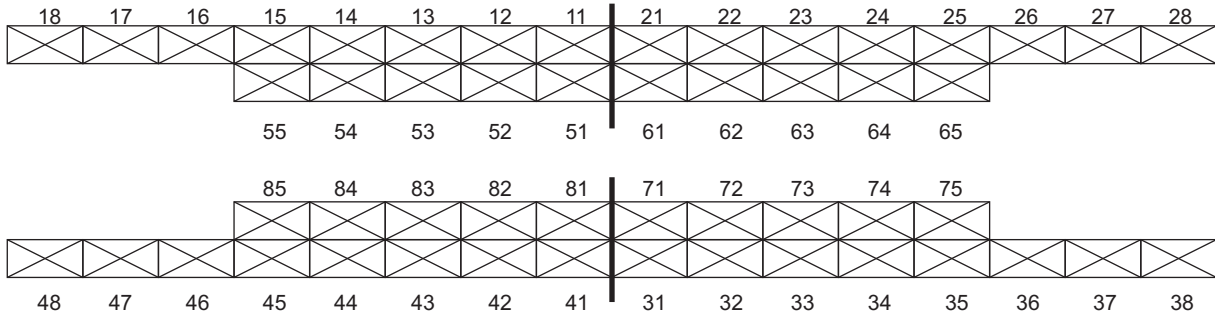
Índice CPOD		
	Inicial	Final
Cariados		
Perdidos		
Obturados		

ODONTOGRAMA



- Rojo = Caries
- = Perdido
- = Obturado
- = Bolsa periodontal
- = Órgano no vital
- = Diastema
- = Giroversión
- = Erosión
- = Abrasión
- = Prótesis fija
- = Prótesis removible
- = Incluido
- = Supernumerario
- = Pulpectomía
- = Movilidad (especificar el grado)
- = Otro (especificar)

ÍNDICE PDB



Diagnósticos:

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

CIE

NOTAS MÉDICAS

Fecha	N° Práctica	Notas	Firma Alumno	Firma Profesor

Estando conforme con la información que se me ha dado, doy mi consentimiento para que se realicen los tratamientos preventivos indicados, firmando para ello de manera libre y voluntaria. Se me enteró que estos tratamientos preventivos serán realizados por estudiantes de formación, bajo la supervisión de sus profesores. Por mi parte, manifiesto que proporcionaré con toda veracidad la información necesaria para mi tratamiento.

Nombre y Firma del Paciente: _____