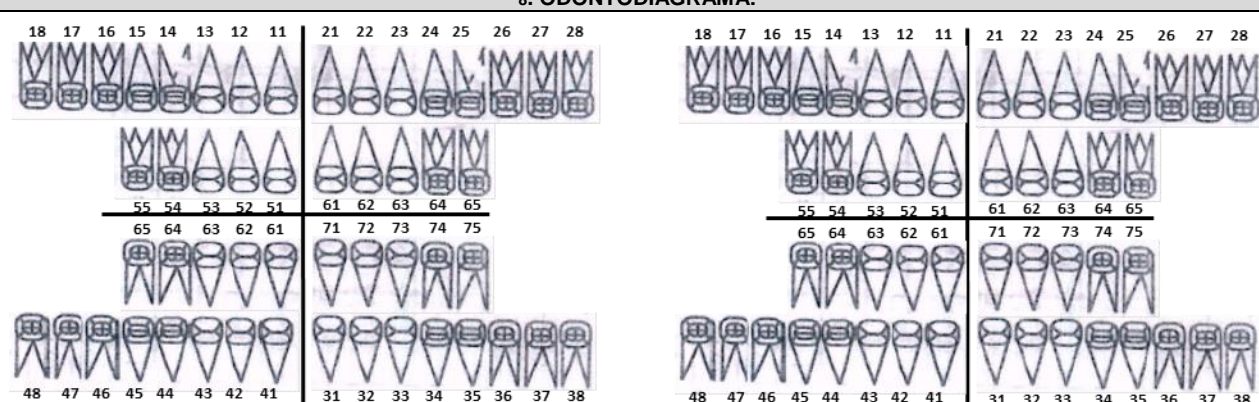


HISTORIA ODONTOLÓGICA		1. Fecha: / /	2. N° Historia:								
3. Centro de Formación:											
4. DATOS DEL USUARIO(A):											
Apellidos y Nombres:		N° de Cédula:									
Fecha de Nacimiento:	Dirección :										
Teléfono Oficina:	Teléfono Celular:	Teléfono Habitación:									
División:	Motivo de la Consulta:										
5. EXAMEN CLÍNICO BUCAL:											
Labios <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Mucosa <input type="checkbox"/> Encía <input type="checkbox"/> Paladar <input type="checkbox"/> Lengua <input type="checkbox"/> Ganglios <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> A.T.M <input type="checkbox"/>											
Otros:											
6. EXAMENES COMPLEMENTARIOS:											
Laboratorio:											
		Tensión Arterial:	Max: Min:								
7. ANTECEDENTES:											
Diabetes <input type="checkbox"/> Hemorragias <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> T.B.C <input type="checkbox"/> Neuralgias <input type="checkbox"/> Eruptivas <input type="checkbox"/> Cardiopatías <input type="checkbox"/>											
Sinusitis <input type="checkbox"/> Infectocontagiosas <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Renales <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Medicación <input type="checkbox"/>											
Otros:											
8. ODONTODIAGRAMA:											
											
TRATAMIENTOS ENDODONTICOS <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>		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	TRATAMIENTOS QUIRURGICOS <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>		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
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										
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										
TRATAMIENTOS PERIODONTALES <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>		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	TRATAMIENTOS RADIOGRAFICOS <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>		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
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										
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										
1) Caries: _____		_____									
2) Dientes p/extraer: _____		_____									
3) Patologías Endodónticas: _____		_____									
4) Patologías Periodontales: _____		_____									
TARTRECTOMIAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	RX PANORAMICAS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	HIGIENE: B <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>									

Formulario de “HISTORIA ODONTOLÓGICA”

Código: FOR-HO-DS-USM-001

Instrucciones de llenado del Formulario:

“Historia Odontológica”

Objetivo: Orientar y dar las pautas para el correcto llenado del Formulario.

Campo	Instrucciones
1.	Coloque la fecha del llenado del formulario.
2.	Registre el número de historia del Usuario(a).
3.	Especifique el Centro de Formación donde se encuentra el servicio médico.
4.	Indique los datos personales del Usuario(a), además del motivo de la consulta.
5.	Marque con una equis(x), los ítems que apliquen al examen clínico bucal realizado.
6.	Indique los exámenes de laboratorio realizados o a realizar de ser el caso, y coloque la tensión arterial del Usuario(a).
7.	Especifique marcando con una equis(x), los antecedentes familiares del Usuario(a).
8.	Manifieste el inconveniente dental utilizando la figura de este campo.
9.	Especifique la fecha, y lo referente a la consulta realizada al Usuario(a), firma el odontólogo y de ser el caso colocar algún comentario referente a lo anterior.