



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLÓGIA
DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.

Nº: _____.
FECHA: - - .

HISTORIA CLINICA GENERAL

1-. DATOS PERSONALES.

Nombres: _____ Apellidos: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Lugar de Nacimiento: _____ Telf.: _____
 Colegio y grado: _____
 Ubicación en el grupo Familiar: _____ Representante: _____
 C.I: _____ Dirección: _____
 Ciudad _____ Ocupación: _____ Dirección del Trabajo: _____
 Telf. De Oficina: _____
 Grupo étnico: Caucásico: ___ Asiático: ___ Afro-descendiente: ___ Mestizo: ___

2-. MOTIVO DE CONSULTA

3-. ENFERMEDAD ACTUAL

4-. ANAMNESIS

4. A – Antecedentes Generales

Familiares: _____
 Obstétricos: _____
 Talla al nacer: _____ Peso al Nacer: _____ Edad de la madre en el Embarazo: _____ Padre: _____
 Peri y Neonatatales: _____

4. B – Referencias Personales de Enfermedades.

ALERGIAS	
ASMA BRONQUIAL	
AFECCIONES RESPIRATORIAS	
ACCIDENTES	
CARDIOLÓGICOS	
CIRUGIAS	
CONVULSIONES	
ENFERMEDADES ERUPTIVAS	
FRACTURAS	
FARINGOAMIGDALITIS	

HERNIAS	
SANGRAMIENTOS	
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS	
TRASTORNOS VISUALES	
TRASTORNOS AUDITIVOS	
TRASTORNOS DIGESTIVOS	
TRASTORNOS RENALES	
TRASTORNOS DERMATOLÓGICOS	
HOSPITALIZACIONES	
OTROS	

EXPLIQUE: _____

4. B. 1 Graffar _____

4. C – Referentes al Desarrollo Psicomotor:

¿A qué edad gateó? _____ ¿Se sostuvo de pie? _____ ¿Caminó? _____ ¿Pronunció las primeras palabras? _____ ¿A qué edad controló esfínteres? _____ ¿Conducta social? _____

4. D – Referentes al Desarrollo Dentario:

¿A qué edad erupcionó el primer diente? _____ ¿A qué edad recambio el primer diente? _____

4. E - Referente a la Lactancia:

¿Lo amamantó? Si No ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿De haber sido NO la respuesta, Cual fue la causa? _____

Uso biberón: Si No ¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Le colocaba azúcar? Si No

Ablactación: _____

4. F – Referente a los Hábitos:

¿Succionó dedo? Si No ¿cuál? _____ ¿En que momento? _____

¿Se muerde las uñas? Si No ¿Con que frecuencia? _____

¿Se muerde los carrillos? Si No ¿Se muerde la lengua? Si No ¿Se succiona la lengua? Si No

¿Rechina los dientes? Si No ¿En qué momento? _____

¿Cuál es su conducta para controlar el hábito? _____

¿Tiene algún otro hábito? _____

Respirador Bucal Si No deglución atípica Si No Succión de labios Si No

4. G - Referente a la Dieta Actual

Completa: _____ Balanceada: _____ Hidrocarbonada: _____

Blandos: _____ Duros: _____ Mixtos: _____

4. H – Referente a los Hábitos de Higiene Bucal

¿Se Cepilla? Si No ¿solo? Si No

¿Quién lo Cepilla? _____ ¿Con que frecuencia? _____

4. I – Referente al esquema de Inmunizaciones:

Completo: _____ Incompleto: _____

Declaro que todos los datos antes suministrados por mi persona son ciertos y que cualquier omisión de información queda bajo mi total y absoluta responsabilidad

Firma y Cedula del Representante

6-. EXAMEN FISICO

6. A – Datos antropométricos:

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

6. B- Cabeza, Cuello y Extremidades:

Cráneo: _____ Cabello: _____

Ojos: _____ Orejas: _____

Cara: _____ Nariz: _____

Mejillas: _____ Labios: _____

Cuello: _____ Extremidades superiores: _____

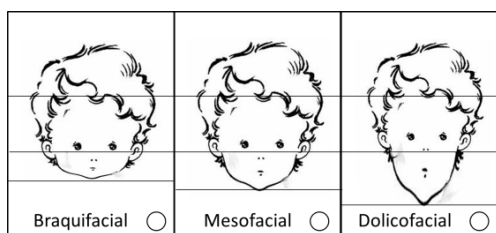
Mentón: _____ Extremidades inferiores: _____

Observaciones: _____

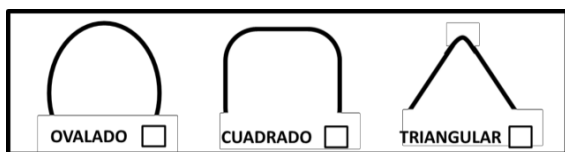
7-. EXAMEN Y/O INSPECCIÓN INTRA Y EXTRABUCAL

7. A – Tipo de Perfil:

7.B – Tipo de Rostro



7. C - Forma de los arco superior e inferior



7. D –

Masticación:

Bilateral ___ Unilateral derecha ___ Unilateral izquierda ___

LABIOS	Norm		Anorm		FRENILLOS			TIPO DE PALADAR		
	Sup	Inf	Sup	Inf		Normal	Sobreinser	Normal	Plano	Ojival
Tamaño					Labial Sup.					
Cierre					Labial Inf.			Hendidura	SI	NO
Hendidura					Lingual					

OBSERVACIONES: _____

8-. EXAMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Carrillos y Surco Yugo gingival: S.L.A Alterado Explique: _____

Encías: S.L.A Alterado Explique: _____

Piso de Boca: S.L.A Alterado Explique: _____

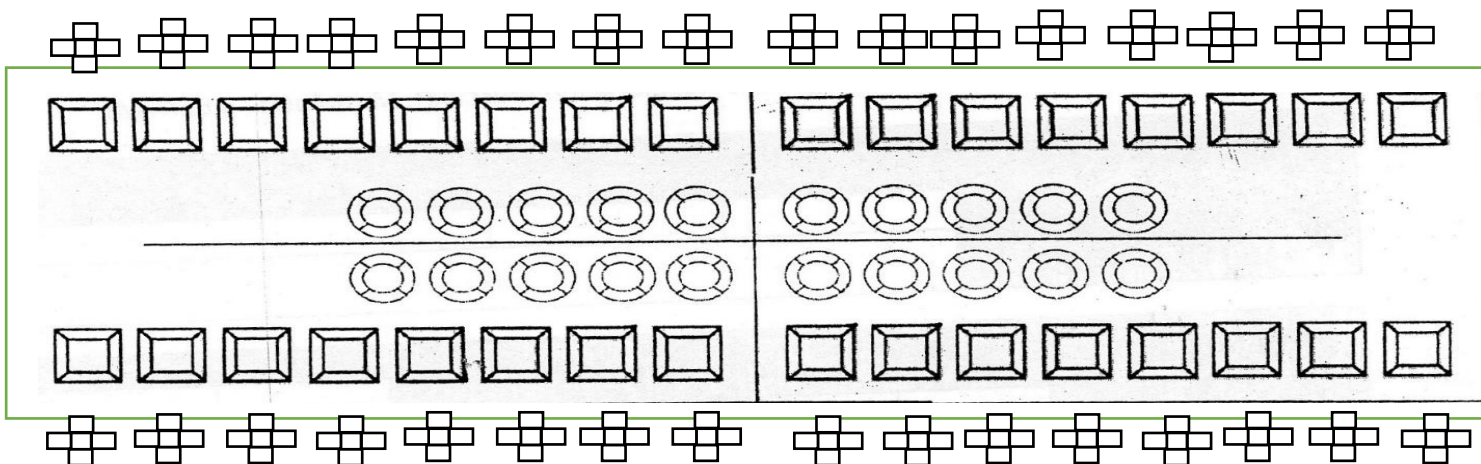
Lengua: S.L.A Alterado Explique: _____

Faringe y Amígdalas; S.L.A Alterado Explique: _____

Paladar: S.L.A Alterado Explique: _____

OBSERVACIONES: _____

9 – ODONTODIAGRAMA:



TIPO DE DENTICIÓN			
Primaria		Mixta	Permanente
ALTERACIONES DENTARIAS			
De Forma			
De Número			
De estructura			
De Posición			

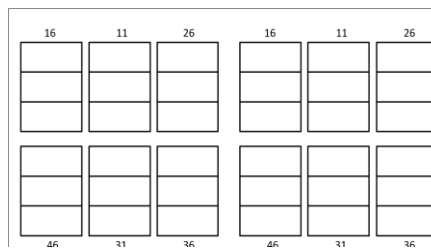
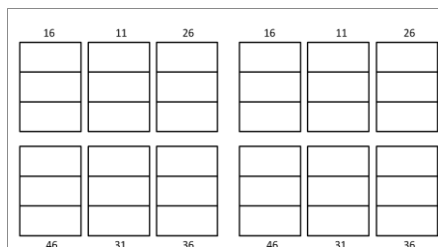
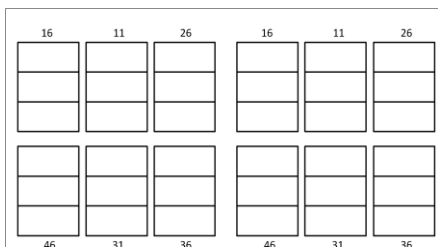
INDICE DE CARIES	
Permanentes CPOD: _____	Temporales ceod: _____
C: _____	c: _____
P: _____	e: _____
O: _____	o: _____
<u>Sanos:</u>	<u>Sanos</u>

10. INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO. CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN

Inicial _____

Control _____

Final _____



IMA _____ IC _____ IHOS _____

IMA _____ IC _____ IHOS _____

IMA _____ IC _____ IHOS _____

LÍNEA MEDIA Normal Desviada Derecha _____ mm Desviada Izquierda _____ mm

LLAVE CANINA Temporal _____ Permanente _____ Derecha _____ Izquierda _____

OVERJET (mm)	OVERBITE (mm)	MORDIDA CRUZADA		MORDIDA ABIERTA		APIÑAMIENTO		ESP. PRIMATES	
		Anterior	Posterior	Si	No	SI	NO	SI	NO
		Post unilateral	BILATERAL	Borde a Borde	Cubierta	SUPERIOR	INFERIOR	Diastema superior	Diastema infe.
		Derec izq							

11. ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN

DENTICIÓN PRIMARIA		
PLANO TERM RECTO	ESCALON MESIAL	ESCALON DISTAL

DENTICIÓN PERMANENTE		
CLASE I	CLASE II	CLASE III

11. ANÁLISIS FUNCIONAL

Apertura Bucal _____ (mm)

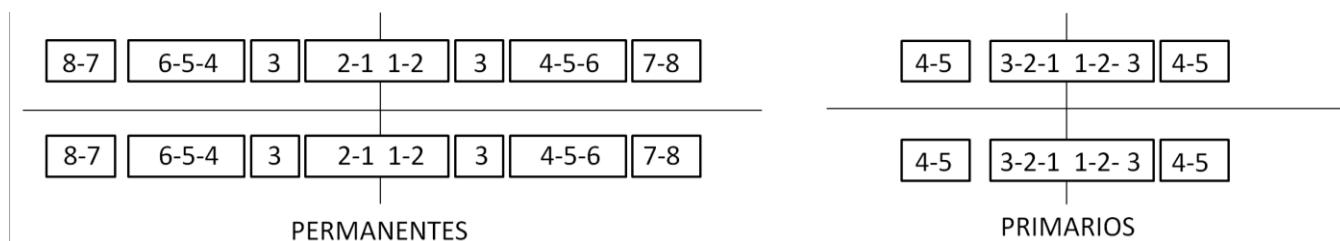
Ruido Articular: Si No Sintomatología Articular: Si No Desviación: Si No Deflexión: Si No

OBSERVACIONES: _____

12-. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

12. A – EXAMENES RADIOGRAFICOS:

- PANORAMICA.
- PERIAPICALES AISLADAS:



- INTERPROXIMALES: Derecha
 Izquierda

- OCLUSALES: Superior
 Inferior

Interpretación Radiográfica:

12. B – EXAMENES DE LABORATORIO:

13-. ANALISIS CONDUCTUAL:

Comportamiento en el área de Prevención:	• Cooperador : Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Comportamiento ante la Consulta:	<ul style="list-style-type: none"> • Cooperador : Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> • Con capacidad potencial para Cooperar: Tímido <input type="radio"/> Agresivo <input type="radio"/> Mimado <input type="radio"/> Miedoso <input type="radio"/> Desafiante <input type="radio"/> Lloroso <input type="radio"/> • Incapaz de Cooperar: <input type="radio"/>
Tipo de Padres:	• Cooperador <input type="radio"/> No Cooperador <input type="radio"/>

14 -. DIAGNOSTICO DE SALUD GENERAL Y CONDUCTUAL DEL PACIENTE:

15-. DIAGNOSTICO DE SALUD BUCAL:

16-. PRONOSTICO

17-. PLAN DE TRATAMIENTO.

17. A-. TRATAMIENTOS PREVENTIVOS:

TECNICAS DE ADAPTACIÓN A LA CONSULTA:

PROFILAXIS: _____

TRATAMIENTOS CON FLUOR: _____

SELLANTES: _____

ORIENTACION DIETETICA: _____

17. B- EN RELACIÓN A LAS LESIONES CARIOSAS

UD:	ICDAS.	DX. RADIOG	TRATAMIENTO
11/51			
12/52			
13/53			
14/54			
15/55			
16			
17			

UD:	ODONTOD.	DX. RADIOG	TRATAMIENTO
21/61			
22/62			
23/63			
24/64			
25/65			
26			
27			

UD:	ICDAS.	DX. RADIOG	TRATAMIENTO
41/81			
42/82			
43/83			
44/84			
45/85			
46			
47			

UD:	ODONTOD.	DX. RADIOG	TRATAMIENTO
31/71			
32/72			
33/73			
34/74			
35/75			
36			
37			

18-. PLAN DE TRATAMIENTO DEFINITIVO POR CITAS:

CITA	ACTIVIDADES A REALIZAR	CITA	ACTIVIDADES A REALIZAR
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

 Nombre del ESTUDIANTE

 Nombre del DOCENTE



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEP. ODONTOLOGIA DEL NIÑO
Y DEL ADOLESCENTE

TRIAJE N° _____
 FECHA _____

TRIAJE ODONTOPEDIATRIA

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____ SEXO _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____ MOTIVO DE LA CONSULTA _____

EMERGENCIA _____ TRATAMIENTO _____

***** DE SER PACIENTE DE TRATAMIENTO AMERITA*****

PREVENCIÓN _____ RESTAURADORA _____ ENDODONCIA _____

DENTICION TEMPORAL _____ DENTICIÓN PERMANENTE _____ CIRUGIA _____

PERIODONCIA _____ MALOCLUSION _____ OTROS _____

***** ASIGNACION DEL PACIENTE SEGÚN SUS NECESIDADES DE TRATAMIENTO*****

ODONTOPEDIATRIA I _____ ODONTOPEDIATRIA II _____ POSTGRADO _____

PASANTIA PROFESIONAL ODONTOPEDIATRICA _____ OTROS _____

OBSERVACIONES _____

EXAMINADO POR BACHILLER: **NOMBRE Y APELLIDO** _____

AUTORIZADO POR EL DOCENTE **NOMBRE Y APELLIDO** _____



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEP. ODONTOLOGIA DEL NIÑO
Y DEL ADOLESCENTE

CONSTANCIA

Se hace constar que el paciente _____ llevado por su representante _____ de Cl. _____, a la consulta Odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, el día _____ y debe volver para continuar su tratamiento

Nombre del Br. _____

Nombre del docente responsable: _____

GO



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEP. ODONTOLOGIA DEL NIÑO
Y DEL ADOLESCENTE

CONSTANCIA

Se hace constar que el paciente _____ llevado por su representante _____ de Cl. _____, a la consulta Odontológica en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, el día _____ y debe volver para continuar su tratamiento

Nombre del Br. _____

Nombre del docente responsable: _____

GO



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEP. ODONTOLOGIA DEL NIÑO
Y DEL ADOLESCENTE

Rp:

VB. Profesor _____ **Sello**
Fecha _____
Estudiante _____



11 UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DEP. ODONTOLOGIA DEL NIÑO
Y DEL ADOLESCENTE

Indicaciones.

VB. Profesor _____ **Sello**
Fecha _____
Estudiante _____



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
Facultad de Odontología
Departamento de Odontología del Niño y del Adolescente

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través de la presente, Yo: _____, mayor de edad, titular de la cédula de identidad N° _____, como representante legal o tutor _____ (Madre, Padre u otro parentesco) declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, y en consecuencia **AUTORIZO** a la realización del tratamiento odontológico a mi representado (a) _____ de _____ años de edad, el mismo será ejecutado por estudiantes de pre o postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo,, bajo la tutorado supervisión de profesores universitarios. Así mismo manifiesto que:

-He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de que sea atendido (a)

-He sido informado/a de las alternativas posibles de tratamiento

-Acepto que se realice la historia clínica y cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos, analíticos, estudio de modelos, exámenes de laboratorio y otros complementarios, así como interconsulta con cualquier otro servicio médico/odontológico, en general cualquier método que sea propuesto en orden de las consecuencias de los fines proyectados y para conocer el estado de salud de mi representado.

-He sido informado(a) y comprendo la necesidad de realizar si es preciso tratamientos de carácter médico/quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local, general o sedación; siempre y cuando sea necesario y bajo criterio del especialista.

-He sido informado(a) y comprendo los beneficios que se pueden esperar, así como los riesgos y posibles complicaciones de los procedimientos a realizar

-Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante el tratamiento, autorizo a los tratantes a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las planificadas o usuales que a su inicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.

-Autorizo al alumno (s) tratante (s) y a su equipo de trabajo a realizar tomas radiográficas, videos y/o registros gráficos durante las diferentes ases de tratamiento con finalidad didáctica, dentro de los principios éticos y científicos de la Odontopediatría con una orientación responsable seguida por los profesores del área y con el fin de difundir resultados en revistas médico/odontológicas y en ámbitos científicos.

-Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una adecuada higiene bucal.

-Entiendo que toda información suministrada queda bajo estricta confidencialidad y doy mi consentimiento al tratante (s), al profesor tutor y al equipo de ayudantes, para realizar el tratamiento pertinente a mi representado, quedando entendido que puedo retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

-Nombre y firma del Representante o Tutor legal _____

-Nombre y firma de los Estudiantes de Pregrado _____

-Nombre y firma de los Estudiantes de Postgrado _____

-Nombre y firma de los Docentes de Pregrado _____

-Nombre y firma de los Docentes de Postgrado _____