



CÓDIGO N° (C.I.) _____

FECHA: ____/____/____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

C.I.: _____ EDO. CIVIL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

EN CASO DE EMERGENCIA, AVISAR A: _____ C.I.: _____

PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

RECIBIDO POR: _____

**HISTORIA CLÍNICA
PARTE I**

DATOS PERSONALES:

SEXO: F _____ M: _____ EDAD: _____ MUNICIPIO DE PROCEDENCIA: _____

RAZA: BLANCO (CAUCÁSICO): _____ NEGRO (AFROAMERICANO): _____ AMARILLO (ASIÁTICO): _____

PROFESIÓN U OCUPACIÓN: _____ GRUPO SANGUINEO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

PARTE II

ANTECEDENTES PERSONALES:

Se deberá marcar con color azul lo que el paciente niega y en color rojo lo afirmado. (Ningún ítem deberá quedar en blanco)

- PIEL**
- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prurito | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Tatuajes |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de piel | <input type="checkbox"/> Hiperchromía de la piel | <input type="checkbox"/> Cianosis |
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Hipocromía de la piel | <input type="checkbox"/> Urticaria |
- Otros: _____
- OBSERVACIONES: _____

SISTEMA INMUNOLÓGICO

- Alergias (indicar a que noxa): _____
- Infecciones persistentes: _____
- Otros: _____
- OBSERVACIONES: _____

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

FICHA SOCIOECONÓMICA

GRADO DE INSTRUCCIÓN

1. NO SABE LEER NI ESCRIBIR
2. PRIMARIA INCOMPLETA
3. PRIMARIA COMPLETA
4. SECUNDARIA INCOMPLETA
5. SECUNDARIA COMPLETA
6. EDUCACIÓN SUPERIOR

Datos del Paciente

Nombre: _____

C.I.: _____

DESEMPLADO _____ TRABAJA POR SU CUENTA _____ TRABAJA PARA OTROS _____

LUGAR DE TRABAJO

1. GOBIERNO NACIONAL _____
2. EMPRESA PRIVADA: _____
3. UNIVERSIDAD DE CARABOBO _____
4. OTROS _____ ¿CUÁL? _____

DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____

TELÉFONO _____

TOTAL MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR:

1. UNO A TRES
2. CUATRO A SEIS
3. SIETE A NUEVE
4. DIEZ O MÁS

TIPO DE TRANSPORTE:

1. MOTOCICLETA
2. AUTOBÚS
3. POR PUESTO
4. TAXI
5. VEHÍCULO PROPIO
6. OTROS

DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CUANTOS

TRABAJAN: _____ ESTUDIAN: _____

INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR:

1. MENOS DEL SALARIO MÍNIMO
2. SALARIO MÍNIMO
3. DOS SALARIOS MÍNIMOS
4. TRES SALARIOS MÍNIMOS
5. CUATRO SALARIOS MÍNIMOS O MÁS

INGRESO MENSUAL DEL PACIENTE

1. MENOS DEL SALARIO MÍNIMO
2. SALARIO MÍNIMO
3. DOS SALARIOS MÍNIMOS
4. TRES SALARIOS MÍNIMOS
5. CUATRO SALARIOS MÍNIMOS O MÁS

TIPO DE VIVIENDA

1. QUINTA
2. CASA
3. APARTAMENTO
4. RANCHO
5. PENSIÓN
6. OTRAS

LA VIVIENDA DONDE VIVE ES:

1. PROPIA
2. ALQUILADA
3. HIPOTECADA
4. PROPIA PAGÁNDOSE, MENSUALIDAD _____

POSEE LOS SERVICIOS BÁSICOS SIGUIENTES:

1. AGUA POTABLE
2. CLOACAS
3. LETRINA
4. ELECTRICIDAD

DÍAS Y HORAS DISPONIBLES PARA ASISTIR A LA FACULTAD PARA SU TRATAMIENTO

LUNES: _____ MARTES: _____ MIÉRCOLES: _____ JUEVES: _____ VIERNES: _____

MAÑANA: _____ TARDE: _____

FIRMA DEL PACIENTE

ALUMNO

FECHA

DO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

- Problemas de audición
- Epistaxis
- Xerostomía

- Disfagia
- Dolor de garganta
- Otros: _____

- Amigdalitis
- Rinitis

OBSERVACIONES: _____

RESPIRATORIO

- Asma (última crisis)
- Disnea
- Sibilancias

- Tos frecuente
- Tos con hemoptisis
- Tuberculosis

- Espudo
- Bronquitis
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

CARDIOVASCULAR

- Hipertensión arterial sistémica
- Arritmia
- Fatiga
- Insuficiencia cardíaca
- Cardiopatía adquirida

- Infarto
- Desvanecimiento
- Endocarditis bacteriana
- Cardiopatías congénitas
- Valvulopatía

- Angina de pecho
- Taquicardia
- Chagas
- Fiebre reumática
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

GASTROINTESTINAL

- Náuseas
- Diarrea (+de 3 estado líquido)
- Gastritis

- Reflujo gástrico
- Melena
- Otros: _____

- Acidez
- Parasitosis

OBSERVACIONES: _____

GENITOURINARIO

- Disuria
- Infecciones urinaria
- Otros: _____

- Poliuria
- Úlceras genitales

- Hematuria
- Color inusual en la orina

OBSERVACIONES: _____

ENDOCRINO

- Diabetes
- Uso de esteroides
- Pancreatitis

- Hipertiroidismo
- Intolerancia a la glucosa
- Polifagia

- Hipotiroidismo
- Polidipsia
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

RENAL

- Insuficiencia renal
- Diálisis

- Litiasis renal
- Otros: _____

- Cólico renal

OBSERVACIONES: _____

HEPÁTICO

- Hepatitis (Tipo)
- Otros: _____

- Cirrosis hepática

- Hepatomegalia

OBSERVACIONES: _____

MUSCULO-ESQUELÉTICO

- Artritis
- Artralgia

- Ruidos articulares
- Limitación funcional

- Osteoporosis
- Edemas

OBSERVACIONES: _____

LENGUA Y PISO DE BOCA

- Normal Lesiones Mucosa Normal
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

LABIOS, ANGULOS Y MUCOSA BUCAL

- Normal Lesiones Mucosa normal
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

CARRILLOS DERECHO E IZQUIERDO

- Normal Lesiones Mucosa normal
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

ENCIAS

- Normal Lesiones Mucosa Normal

- Fenotipo Grueso
 Fenotipo delgado
 Alteraciones de color
 Alteraciones de consistencia
 Alteraciones de textura
 Alteraciones de Posición

- Alteraciones de tamaño
 Alteraciones de Contorno
 Factores etiológicos:
 Placa bacteriana
 Calculo dental

Factores contribuyentes:

- Sobre obturación
 Prótesis defectuosa
 Sialorrea
 Xerostomía
 Halitosis

Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

DEFORMIDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

- Normal Secreciones
 Apertura bucal Pigmentaciones
 Lesiones
 Neoplasias
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

QUIRÚRGICOS

- Intervenciones quirúrgicas (fecha y motivo): _____
- _____
- Intervenciones quirúrgicas Odontológicas (fecha y motivo) _____
- _____

TRAUMÁTICOS

- Evento traumático (fecha, zona afectada, causa, consecuencia): _____
- _____

HOSPITALIZACIONES (fecha y motivo): _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

- Primera visita al odontólogo: _____
- Última visita al odontólogo: _____

HÁBITOS

- Abre botellas con los dientes
- Aprieta los dientes
- Tabaco (cantidad, tiempo): _____
- Café (cantidad, tiempo): _____
- Alcohol (cantidad, tiempo): _____
- Drogas (cantidad, tiempo): _____
- Alimentos ácidos (cantidad, tiempo) _____
- Quelofagia
- Muerde palillos
- Onicofagia
- Respirador bucal
- Morderse las mejillas
- Succión de lengua

MEDICAMENTOS

¿Está tomando actualmente algún tipo de medicamento? SI NO

Cuales? _____

HISTORIA FAMILIAR: Precisar lo relacionado con padres, hermanos e hijos (vivos, edad y estado de salud):

- Padre vivo: SI NO Edad _____ Aparentemente Sano Causa aparente de muerte _____
- Madre viva: SI NO Edad _____ Aparentemente Sano Causa aparente de muerte _____
- Hipertensión Diabetes C.A. Epilepsia Discrasia sanguínea
- VPH Gonorrea Sífilis VIH Alergia
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

PARTE III
EXAMEN ESTOMATOLÓGICO
EXAMEN CLÍNICO INTRABUCAL

PARALADAR DURO.

- Normal Lesiones Mucosa Normal
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

PARALADAR BLANDO

- Normal Lesiones Mucosa Normal
- Otros: _____

PARTE IV
EXAMEN CLINICO EXTRABUCAL

CADENA GANGLIONAR

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

MUSCULOS MASTICATORIOS

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

EXAMEN DE PARES CRANEALES

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

SIGNOS VITALES

- Pulso: _____ -Temperatura: _____ -Tensión Arterial: _____
-Frecuencia Respiratoria: _____
-Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

PESO, TALLA, INDICE DE MASA CORPORAL:

- Peso: _____ Estatura: _____ Circunferencia abdominal: _____
-Índice de masa Corporal: (I.M.C.) $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2} =$ _____
-Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL ALUMNO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

PARTE V

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS: _____

ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
AREA CLINICA: _____ UDI _____ FECHA: ____/____/____

1.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____

ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

2.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____

ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

3.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____

ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

4.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____

ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

EGRESO DEL PACIENTE:



Diagnóstico definitivo dado: _____

Intervención o tratamiento realizado: _____

Anatomía patológica: _____

CONDICIONES DE EGRESO: Por curación: Mejoría: Voluntaria: Otros: _____

REALIZADO POR: (Docente y alumno) _____

AREA CLINICA: _____ UDI _____ FECHA: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La obtención de este documento representa un derecho del paciente y una obligación del personal de asistencia en salud, a fin de garantizar le sea suministrada la información completa, veraz y oportuna de su condición de salud bucal, lo cual le permita decidir someterse o no a un tratamiento odontológico, a ser ejecutado por estudiantes de Pre o Post grado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, bajo la tutoría y supervisión de profesores universitarios.

Paciente: _____ C. I.: _____
 Alumno (a) tratante: _____ C. I.: _____

A través de la presente, yo _____, titular de la cédula de identidad N° _____, declaro y manifiesto en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente, lo siguiente:

- He sido informado (a) y comprendo la necesidad de ser atendido (a) por el alumno (a) tratante.
- He sido informado (a) y comprendo la opción u opciones de tratamiento presentadas a mi condición particular, explicándoseme en forma detallada en que consisten y como se llevarán a cabo dichos procedimientos.
- Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas 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 mi salud.
- He sido informado (a) y comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos de carácter médico-quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local o general, sedación; siempre y cuando sea necesario y bajo criterio del especialista.
- He sido informado (a) y comprendo tanto los beneficios que se pueden esperar, así como los riesgos y posibles complicaciones de los procedimientos a realizar en mi caso.
- Autorizo al alumno (a) tratante, si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida del tratamiento, para realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas, que a su juicio estimase oportuna para su resolución.
- Autorizo al alumno (a) tratante y a su equipo de trabajo, para obtener fotografías, videos y/o registros gráficos bajo los principios bioéticos durante las diferentes fases del tratamiento para difundir resultados o iconografía en revistas médicas/odontológicas y en ámbitos científicos.
- Informo que me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una buena higiene bucal, escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así, que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados.
- Entiendo que toda información suministrada en cuanto a mi persona se refiere, queda bajo estricta confidencialidad de la información.
- Acepto me sea referido a algún otro odontólogo o servicio odontológico, en caso de ruptura de la relación odontólogo-paciente, por diversas razones.
- Doy mi consentimiento al tratante, al tutor profesor universitario y al equipo de ayudantes, para realizar el tratamiento pertinente, puesto que sé que es por mi propio interés, quedando entendido que puedo retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Tratante
(Docente/Estudiante Postgrado)

Nombre del Estudiante

C.I. _____

C.I. _____

C.I. _____