



**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	
CARDIOLOGICOS	
CIRUGIAS	
CONVULSIONES	
ENFERMEDADES ERUPTIVAS	
FRACTURAS	
FARINGOAMIGDALITIS	

HERNIAS	
SANGRAMIENTOS	
TRASTORNOS NEUROLOGICOS	
TRASTORNOS VISUALES	
TRASTORNOS AUDITIVOS	
TRASTORNOS DIGESTIVOS	
TRASTORNOS RENALES	
TRASTORNOS DERMATOLOGICOS	
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: \_\_\_\_\_

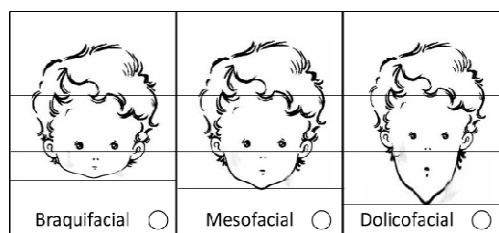
Mentón: \_\_\_\_\_ Extremidades inferiores: \_\_\_\_\_

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

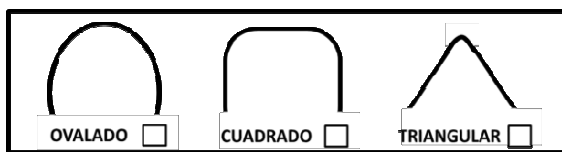
**7-. EXAMEN Y/O INSPECCIÓN INTRA Y EXTRABUCAL**

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					Lingual			Hendidura	SI	NO

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: \_\_\_\_\_

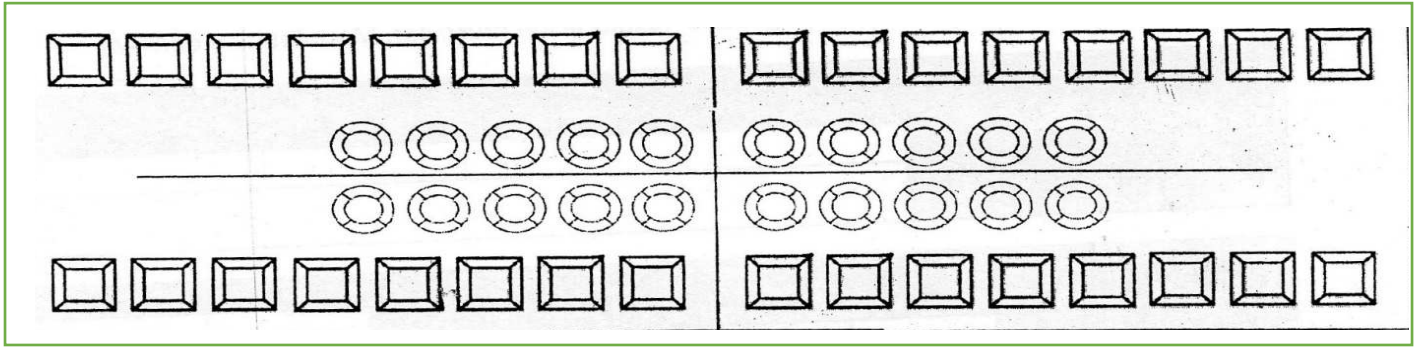
Lengua: S.L.A  Alterado  Explique: \_\_\_\_\_

Faringe y Amígdalas; S.L.A  Alterado  Explique: \_\_\_\_\_

Paladar: S.L.A  Alterado  Explique: \_\_\_\_\_

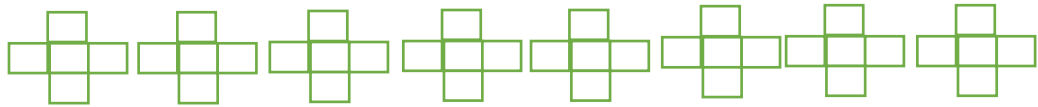
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**9 – ODONTODIAGRAMA:**

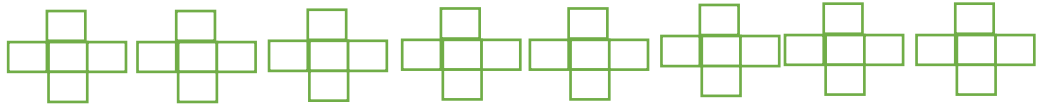


Sistema ICDAS

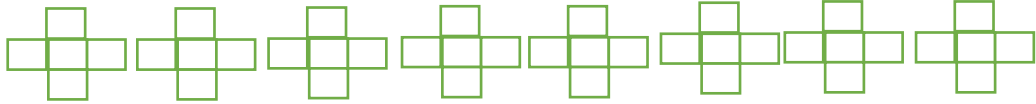
Cuadrante superior derecho



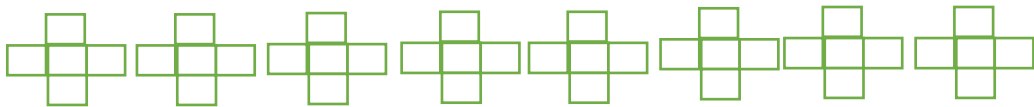
Cuadrante superior izquierdo



Cuadrante Inferior izquierdo



Cuadrante inferior derecho



**TIPO DE DENTICIÓN:** Primaria \_\_\_\_\_ Mixta \_\_\_\_\_ Permanente \_\_\_\_\_

**ALTERACIONES DENTARIAS**

<b>De Forma</b>	Macrodoncia __ UD__ Microdoncia __ UD__ Fusión __ UD__ Gemación __ UD__
<b>De Número</b>	Agenesia __ UD__ Supernumerario __ UD__
<b>De estructura</b>	Amelogénesis __ UD__ Hipoplasia __ UD__
<b>De Posición</b>	Giroversiones __ UD__ Retenido __ UD__ Alineado en la arcada __ UD__

**INDICES DE CARIES** CPOD: \_\_\_\_\_ ceo: \_\_\_\_\_

C: _____	c: _____
P: _____	e: _____
O: _____	o: _____
Nº de UD Permanentes _____	Nº de UD Primarias _____
Nº UD Sanos _____	Nº de UD Primarias Sanas _____

**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
			BILATERAL	Borde a Borde	Cubierta	SUPERIOR	INFERIOR	Diastema superior	Diastema infe.
		Post unilateral Derec    izq	UNILATERAL						

**11. ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN**

DENTICIÓN PRIMARIA		
PLANO TERM RECTO	ESCALON MESIAL	ESCALON DISTAL

DENTICIÓN PERMANENTE		
CLASE I	CLASE II	CLASE III

-3

**11. NIVEL RIESGO A CARIES DENTAL**

- 1.- Existencia de Caries clínicas y radiográficas
- 2.- Presencia de Restauraciones en boca
- 3.- Paciente utiliza agentes fluorados
- 4.-ingesta de carbohidratos (azúcar) entre comidas
- 5.- Higiene bucal
- 6.- Motivación del paciente

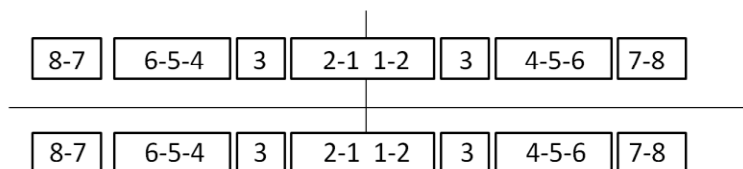
0	1	2	3
Bajo riesgo 0-1.4			
Moderado riesgo 1.5 a 2			
Alto riesgo 2			

Valor: \_\_\_\_\_

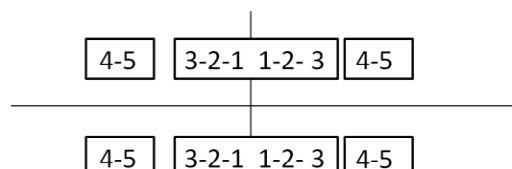
## 12-. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

## 12. A – EXAMENES RADIOGRAFICOS:

- PANORAMICA.
- PERIAPICALES AISLADAS:



PERMANENTES



PRIMARIOS

- INTERPROXIMALES:  Derecha  
 Izquierda

- OCLUSALES:  Superior  
 Inferior

Interpretación Radiográfica:

---



---



---



---



---

## 12. B – EXAMENES DE LABORATORIO:

---



---



---



---

## 13-. ANALISIS CONDUCTUAL:

<b>Comportamiento en el área de Prevención:</b>	• Cooperador : Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
<b>Comportamiento ante la Consulta:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperador : Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></li> <li>• 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"/></li> <li>• Incapaz de Cooperar: <input type="radio"/></li> </ul>
<b>Tipo de Padres:</b>	• 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	

19.-PACIENTE DE ALTA Si  No  Fecha \_\_\_\_\_ Paciente REFERIDO Si  No  Fecha \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_



12 **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 \_\_\_\_\_