



I. IDENTIFICACION							No. HISTORIA CLINICA O C.C.	
1er. APELLIDO		2do. APELLIDO		NOMBRE				
CIUDAD							ENTIDAD :	
FECHA		EDAD		TIPO DE AFILIACION			OCUPACION :	
DIA MES AÑO							AFILIADO PENSIONADO BENEFICIARIO	
RESIDENCIA ACTUAL (DIRECCIÓN, MUNICIPIO, SECCION DEL PAIS)							TEL :	
							TEL :	
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A (NOMBRE - RELACION - DIRECCION)							TEL :	

II. ANAMNESIS											
MOTIVO DE CONSULTA											
DATOS BASICOS			SI	NO	NO SABE				SI	NO	NO SABE
1. TRATAMIENTO MEDICO						8. CARDIOPATIAS					
2. INGESTION MEDICAMENTOS						9. DIABETES					
3. REACCIONES ALERGICAS						10. FIEBRE REUMATICA					
4. HEMORRAGIAS						11. HEPATITIS					
5. IRRADIACIONES						12. HIPERTENSION					
6. SINUSITIS						13. EMBARAZO					
7. ENFERMEDAD RESPIRATORIA						OTROS					
OBSERVACIONES :											

III. EXAMEN FISICO ESTOMATOLOGICO										
TEMPERATURA		PULSO			TENSION ARTERIAL			RESPIRACION		
HIGIENE ORAL		B	R	M	SEDA DENTAL			S	N	
NORMAL		NORMAL			NORMAL			ANORMAL		
1. A.T.M.					9. SENOS MAXILARES					
2. MUCOSA LABIAL					10. MUSCULOS MASTICADORES					
3. LENGUA					11. SISTEMA NERVIOSO					
4. PALADAR					12. SISTEMA VASCULAR					
5. PISO DE BOCA					13. SISTEMA LINFATICO					
6. CARRILLOS					14. OCLUSION					
7. GLANDULAS SALIVARES										
8. MAXILARES										
OBSERVACIONES										



EXAMEN DENTAL	SI	NO	SI	NO
1. SUPERNUMERARIOS				
2. ABRASION				
3. MANCHAS				
4. PATOLOGIA PULPAR				
5. PLACA BLANDA				
6. CALCULOS				
7. INCLUIDOS				
8. OTROS				

OBSERVACIONES :

IV. ODONTOGRAMA

CONVERSIONES	
<input type="radio"/> CARIES O RECIDIVA	ROJO AZUL
<input checked="" type="radio"/> OBTURADO	ROJO
<input checked="" type="checkbox"/> EXODONCIA INDICADA	AZUL
<input type="checkbox"/> AUSENTE	AZUL
<input type="checkbox"/> INCLUIDO	AZUL
<input type="radio"/> CORONA COMPLETA	ROJO
<input type="checkbox"/> PROTESIS EXISTENTE	ROJO
<input type="checkbox"/> ENDOLOGIA	ROJO

EXAMEN CLINICO	Derecho	Vestibular	Izquierdo
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	LINGUALES		
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
ESQUEMA DE TRATAMIENTO	Derecho	Vestibular	Izquierdo
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	LINGUALES		
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	

V. DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO

PRESUNTIVO:	DEFINITIVO:
PRONOSTICO	

VI. PLAN TRATAMIENTO

OPERATIVA	PROTESIS	CIRUGIA ORAL	ORTODONCIA
ENDODONCIA	PERIODONCIA	ESTOMATOLOGIA	