

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades inflamatorias e infecciosas no transmisibles _____

Enfermedades de transmisión sexual _____

Enfermedades degenerativas _____

Enfermedades neoplásicas _____

Enfermedades congénitas _____

Otras _____

Antecedentes personales no patológicos

Hábitos higiénicos: En el vestuario _____ Corporales _____

Con qué frecuencia se lava los dientes _____

Utiliza auxiliares de higiene bucal: Sí () No () Cuáles _____

Consumo golosinas u otro tipo de alimentos entre las comidas: Sí () No ()

Grupo sanguíneo _____ Factor Rh _____ Cuenta con *Cartilla de vacunación*: Sí () No ()

Tiene el esquema completo: Sí () No ()

Especifique cuál falta _____

Adicciones Tabaco Alcohol

Antecedentes alérgicos

Antibióticos Analgésicos Anestésicos Alimentos

Especifique _____

Ha sido hospitalizado Sí () No () Fecha _____

Motivo _____

Padecimiento actual _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo _____

Disfagia, náusea, vómito, diarrea crónica, pirosis, hematemesis, ictericia

Aparato respiratorio _____

Obstrucción nasal, tos, rinorrea, expectoración, disnea, cianosis, epistaxis, hemoptisis

Aparato cardiovascular _____

Dolor precordial, fosfenos, lipotimia, taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión, acúfenos, disnea, cefalea, mareos

Aparato genitourinario _____

Incontinencia urinaria, dolor lumbar, disuria, hematuria, edema, nicturia, poliuria

Sistema endocrino _____

Poliuria, polidipsia, polifagia, exoftalmos, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o calor

Sistema hemopoyético _____

Hemorragia, epistaxis, hematuria, hematemesis, petequias, equimosis, adenopatías

Sistema nervioso _____

Convulsiones, cefalea, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor

Sistema musculoesquelético _____

Deformidad articular, dolor articular, limitación de movimiento

Aparato tegumentario _____

Cambio de color en piel, erupciones, prurito, hiperhidrosis, pérdida de pelo o vello, cutis seco

Habitus exterior _____

Peso _____ Talla _____ Compleción _____

Signos vitales: Frecuencia cardiaca _____ Tensión arterial _____ Frecuencia respiratoria _____

Temperatura _____

Exploración de cabeza y cuello

Cabeza: Exostosis

Endostosis

Cráneo: Dolicocefálico

Mesocefálico

Braquicefálico

Cara: Asimetrías: Transversales

Longitudinales

Perfil: Cóncavo

Convexo

Recto

Piel: Normal

Pálida

Cianótica

Enrojecida

Músculos: Hipotónicos

Hipertónicos

Espásticos

Cuello: Se palpa la cadena ganglionar Sí () No ()

Otros _____

Exploración del aparato estomatognático

Articulación temporomandibular

Ruidos	Sí ()	No ()	Lateralidad ()	Apertura ()
Chasquidos			Sí ()	No ()
Crepitación			Sí ()	No ()
Dificultad para abrir la boca			Sí ()	No ()
Dolor a la abertura o movimientos de lateralidad			Sí ()	No ()
Fatiga o dolor muscular			Sí ()	No ()
Disminución de la abertura			Sí ()	No ()
Desviación a la abertura cierre			Sí ()	No ()

Tejidos blandos

Ganglios _____

Glándulas salivales _____

Labio externo _____

Borde bermellón _____

Labio interno _____

Comisuras _____

Carrillos _____

Fondo de saco _____

Frenillos _____

Lengua tercio medio _____

Paladar duro _____

Paladar blando _____

Istmo bucofaringe _____

Lengua dorso _____

Lengua bordes _____

Lengua ventral _____

Piso de la boca _____

Dientes _____

Mucosa del borde alveolar _____

Encía _____

Describe: Lesión elemental, número de lesiones, forma, tamaño, color, superficie, base, consistencia, sintomatología, etiología, evolución, tratamiento recibido, cuadrante de ubicación.

Periodonto

Gingivitis _____ Periodontitis _____

Recesión gingival _____

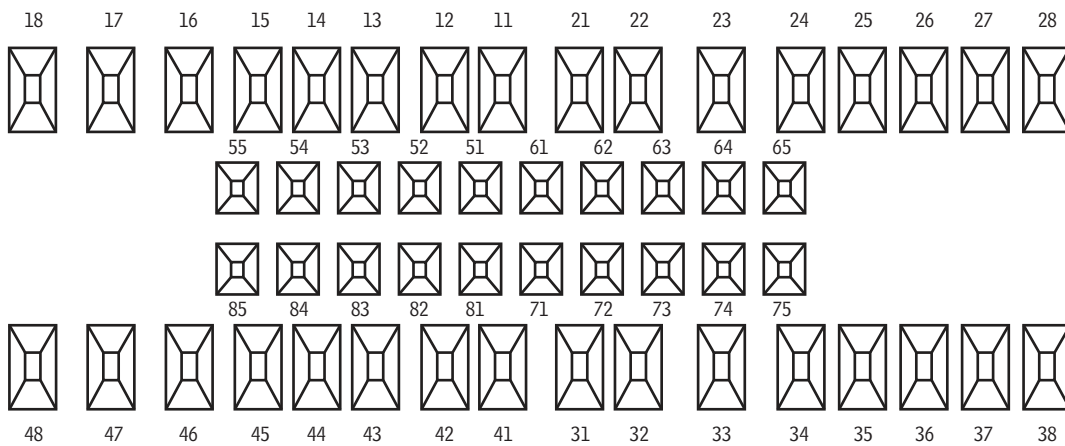
Bolsas periodontales _____

(Indicar ubicación y milímetros de profundidad)

Movilidad dentaria _____

(Indicar órganos dentarios y clase de movilidad)

Índice de higiene bucal



Índice de placa actual _____ %

Odontograma diagnóstico

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- 18 _____
- 17 _____
- 16 _____
- 15 _____
- 14 _____
- 13 _____
- 12 _____
- 11 _____

- 48 _____
- 47 _____
- 46 _____
- 45 _____
- 44 _____
- 43 _____
- 42 _____
- 41 _____

- 28 _____
- 27 _____
- 26 _____
- 25 _____
- 24 _____
- 23 _____
- 22 _____
- 21 _____

- 38 _____
- 37 _____
- 36 _____
- 35 _____
- 34 _____
- 33 _____
- 32 _____
- 31 _____

- 0. Sano
- 1. Con caries
- 2. Obturado con caries
- 3. Obturado sin caries
- 4. Perdido como resultado por caries
- 5. Perdido por cualquier otro motivo
- 6. Fisura obturada
- 7. Soporte de puente, corona, funda o implante
- 8. Diente sin erupcionar

- T. Traumatismo (fractura)
- 9. No registrado
- 11. Recesión gingival
- 12. Tratamiento de conductos
- 13. Instrumento separado en un conducto
- 14. Bolsas periodontales
- 15. Fluorosis
- 16. Alteraciones de forma, número, tamaño, textura, posición
- 17. Lesión endoperiodontal

Interpretación radiográfica _____

Estudios de laboratorio y gabinete _____

Interpretación de los estudios de laboratorio y gabinete _____

Nombre y firma del paciente
sobre la veracidad de los datos aportados

Nombre y firma del representante legal, familiar
tutor, padre o madre

Nombre y firma del cirujano dentista tratante

Diagnóstico _____

Plan de tratamiento

Odontología preventiva _____

Periodoncia _____

Endodoncia _____

Operatoria _____

Cirugía _____

Prótesis _____

Nombre y firma del paciente
de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto

Odontograma de evolución

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Tratamientos realizados

- 18 _____
- 17 _____
- 16 _____
- 15 _____
- 14 _____
- 13 _____
- 12 _____
- 11 _____

- 48 _____
- 47 _____
- 46 _____
- 45 _____
- 44 _____
- 43 _____
- 42 _____
- 41 _____

- 28 _____
- 27 _____
- 26 _____
- 25 _____
- 24 _____
- 23 _____
- 22 _____
- 21 _____

- 38 _____
- 37 _____
- 36 _____
- 35 _____
- 34 _____
- 33 _____
- 32 _____
- 31 _____

Fecha _____

 Nombre y firma de conformidad
 sobre los tratamientos realizados

NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES
4.1.8, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.4,
7.1, 7.2.1, 7.2.2.5, 7.2.2, 7.2.7.2.9

FORMATO 2 HISTORIA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA PREVENTIVA

Nombre del paciente _____

Apellido paterno

Apellido materno

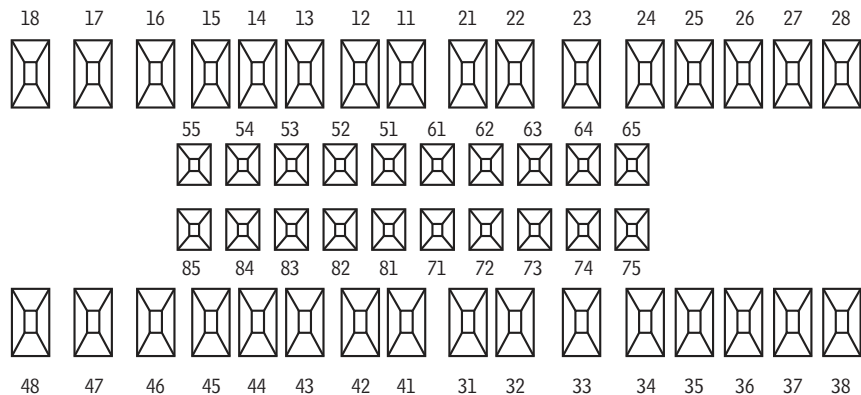
Nombre(s)

Nombre CD _____

Técnica de cepillado	<i>Cepillo dental</i>	<i>Pastilla reveladora</i>	<i>Fecha</i>	<i>Inicio</i>	<i>Término</i>
Profilaxia u odontoxesis					
Aplicación de flúor					

Odontograma de primer control de higiene bucal

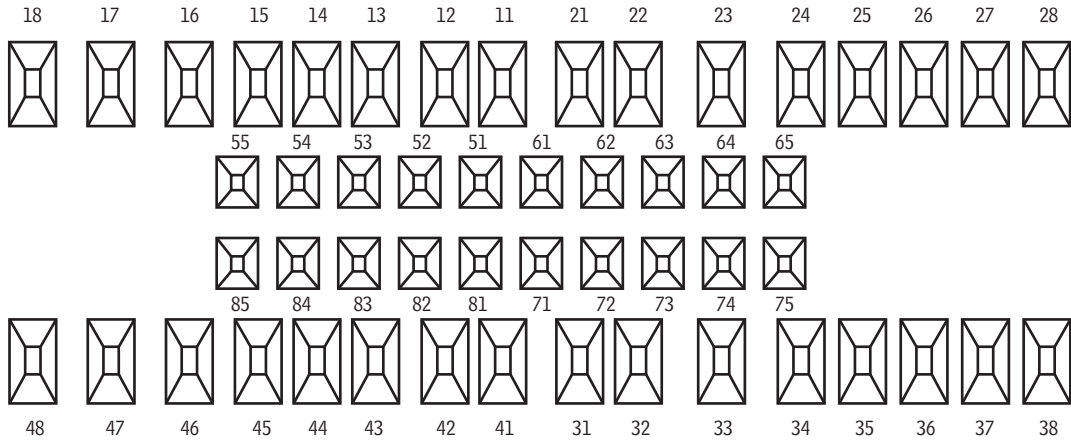
Fecha _____



Índice de placa actual _____ %

Odontograma de segundo control de higiene bucal

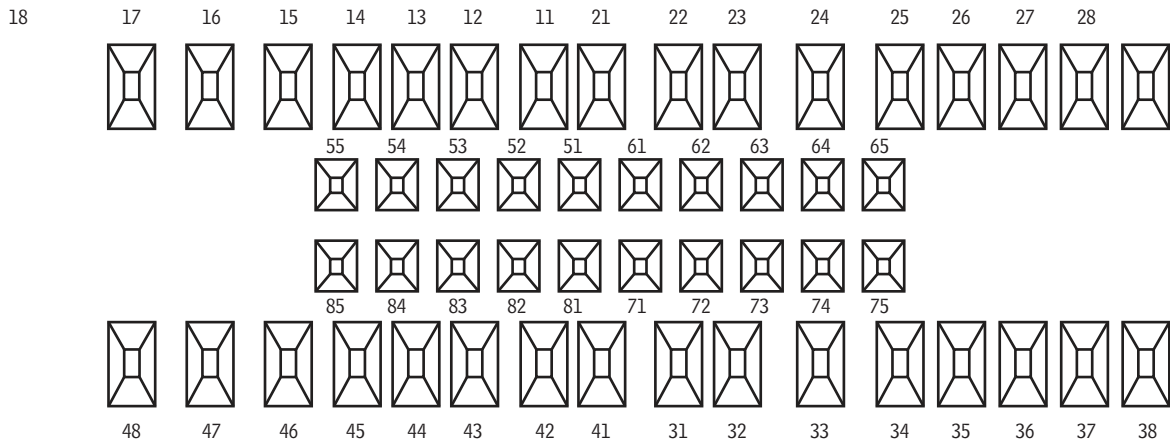
Fecha _____



Índice de placa actual _____ %

Odontograma de tercer control de higiene bucal

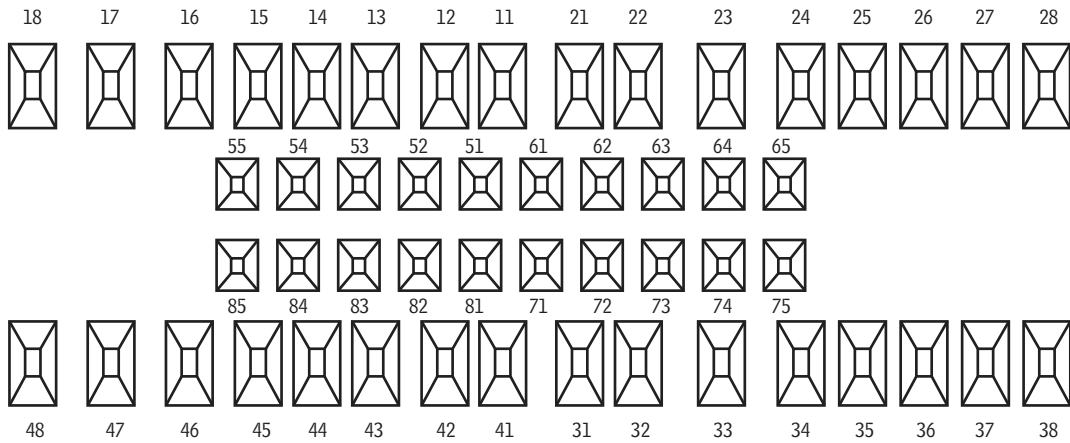
Fecha _____



Índice de placa actual _____ %

Odontograma de cuarto control de higiene bucal

Fecha _____



Índice de placa actual _____ %

Nombre y firma de conformidad
del paciente por el tratamiento realizado

CONFORME NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SUS NUMERALES 5.14. 6.1 AL 7.2 NOM-013-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES EN SUS NUMERALES 8.4.1, 8.4.2

FORMATO 3 HISTORIA CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL

Expediente núm. _____

Folio de la hoja de especialidad _____

Nombre del CD _____

Nombre del paciente _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Odontograma

18 _____

28 _____

17 _____

27 _____

16 _____

26 _____

15 _____

25 _____

14 _____

24 _____

13 _____

23 _____

12 _____

22 _____

11 _____

21 _____

48 _____

38 _____

47 _____

37 _____

46 _____

36 _____

45 _____

35 _____

44 _____

34 _____

43 _____

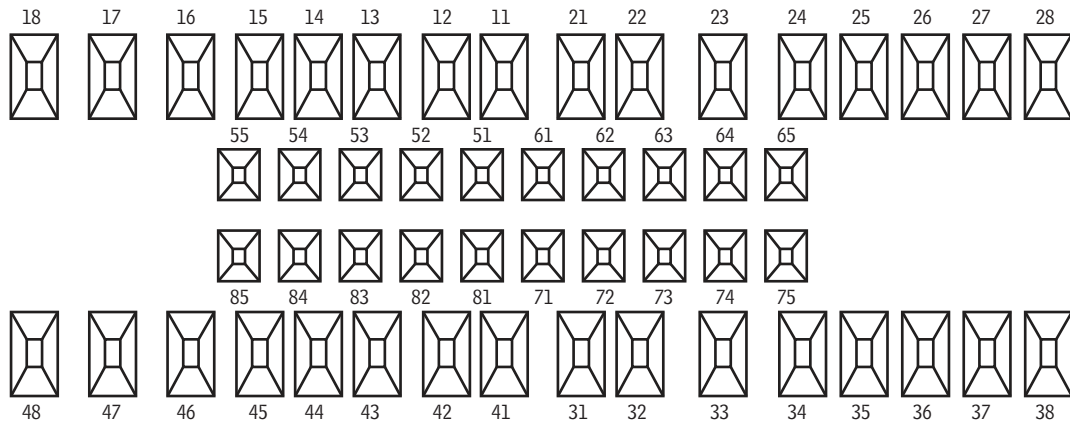
33 _____

42 _____

32 _____

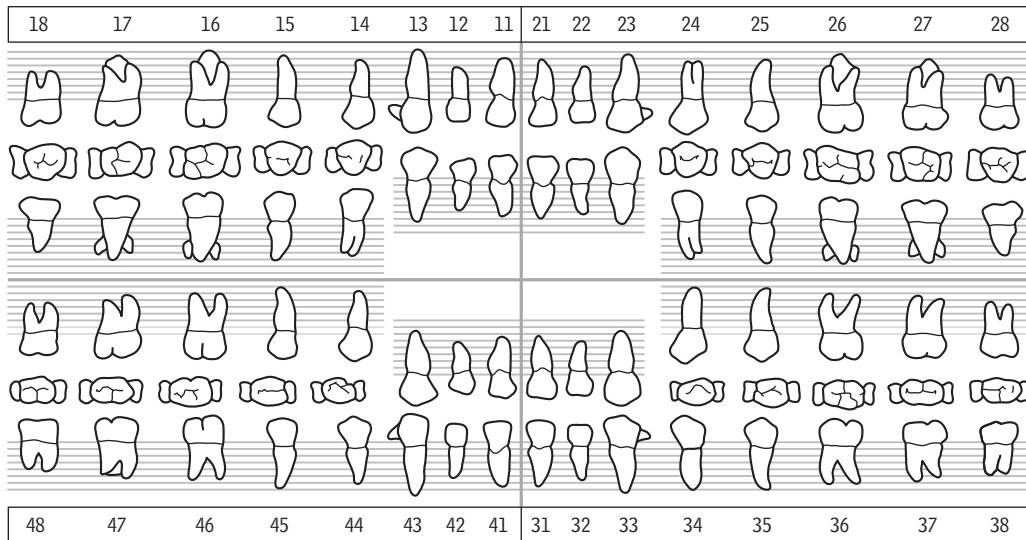
41 _____

31 _____



- | | |
|--|--|
| 0. Sano | T. Traumatismo (fractura) |
| 1. Con caries | 9. No registrado |
| 2. Obturado con caries | 11. Recesión gingival |
| 3. Obturado sin caries | 12. Tratamiento de conductos |
| 4. Perdido como resultado por caries | 13. Instrumento separado en un conducto |
| 5. Perdido por cualquier otro motivo | 14. Bolsas periodontales |
| 6. Fisura obturada | 15. Fluorosis |
| 7. Soporte de puente, corona, funda o implante | 16. Alteraciones de forma, número, tamaño, textura, posición |
| 8. Diente sin erupcionar | 17. Lesión endoperiodontal |

Odontograma de evolución



Tratamientos realizados

18 _____
17 _____
16 _____
15 _____
14 _____
13 _____
12 _____
11 _____

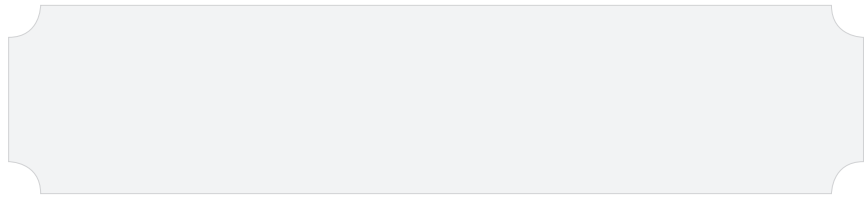
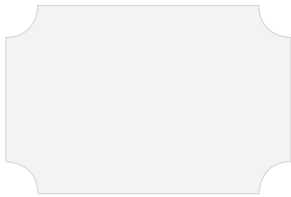
48 _____
47 _____
46 _____
45 _____
44 _____
43 _____
42 _____
41 _____

28 _____
27 _____
26 _____
25 _____
24 _____
23 _____
22 _____
21 _____

38 _____
37 _____
36 _____
35 _____
34 _____
33 _____
32 _____
31 _____

Fecha _____

Nombre y firma de conformidad sobre los tratamientos realizados



F-4

CONFORME NOM-168-SSA1-1998 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2
NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 7.2.7, 7.2.7.1, 7.2.7.1.1,
7.2.7.1.2, 7.2.7.1.3

FORMATO 4 HISTORIA CLÍNICA DE PRÓTESIS FIJA

Folio de la hoja de especialidad _____

Nombre del paciente _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Nombre del CD _____

Evaluación clínica

Dientes ausentes _____

Restauraciones presentes

Prótesis fija _____

Prótesis removible _____

Región desdentada

Relación corona-raíz de pilares _____

Soporte óseo _____

Estado periodontal de pilares _____

Interpretación radiográfica de la zona que se ha de rehabilitar y restaurar _____

Plan de tratamiento

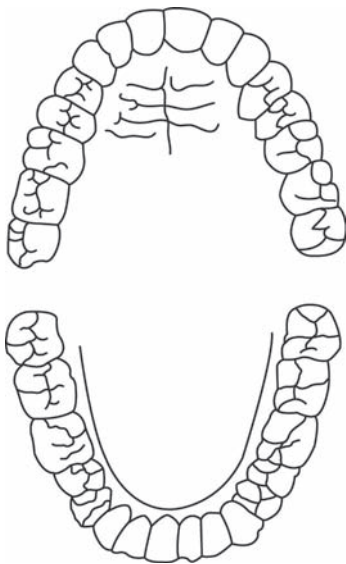
<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Modelos de estudio	_____	_____
Presentación de provisionales	_____	_____
Preparación de dientes pilares	_____	_____
Colocación de provisionales	_____	_____
Impresiones	_____	_____
Prueba de metales	_____	_____
Prueba de porcelana	_____	_____
Terminado	_____	_____

Diseño de la restauración protésica

Dientes pilares _____

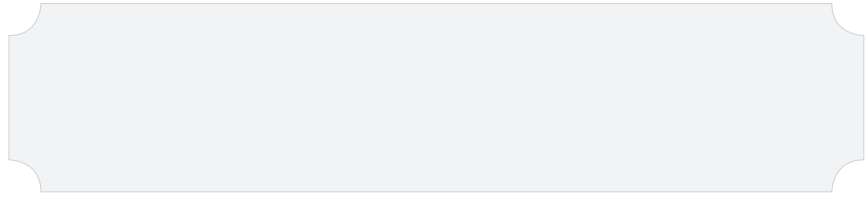
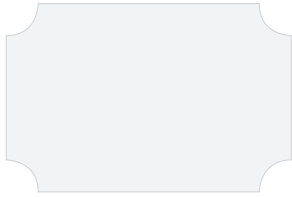
Pónticos _____

Restauraciones individuales _____



- Dientes pilares AZUL
- Pónticos ROJO
- Restauraciones individuales AMARILLO

Firma de conformidad del paciente por el tratamiento realizado



CONFORME NOM-168-SSA1-1998
 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2
 NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 7.2.7,
 7.2.7.1, 7.2.7.1.1, 7.2.7.1.2, 7.2.7.1.3

F-5

FORMATO 5 HISTORIA CLÍNICA DE PRÓTESIS REMOVIBLE

Folio de la hoja de especialidad _____

Nombre del paciente _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Nombre del CD _____

Evaluación clínica

Dientes ausentes _____

Restauraciones presentes

Prótesis fija _____

Prótesis removible _____

Región desdentada

Relación corona-raíz de pilares _____

Soporte óseo _____

Estado periodontal del área que se va a restaurar _____

Interpretación radiográfica de la zona que hay que restaurar _____

Diseño de la restauración protésica

Clasificación de Kennedy _____

Dientes pilares _____

Área desdentada _____

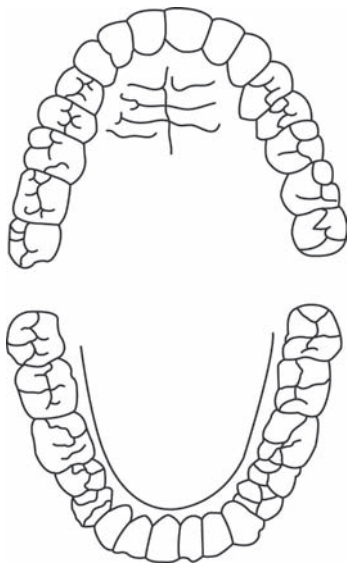
Tipo de conector mayor _____

Tipo de conector menor _____

Tipos de ganchos que han de utilizarse y ubicación _____

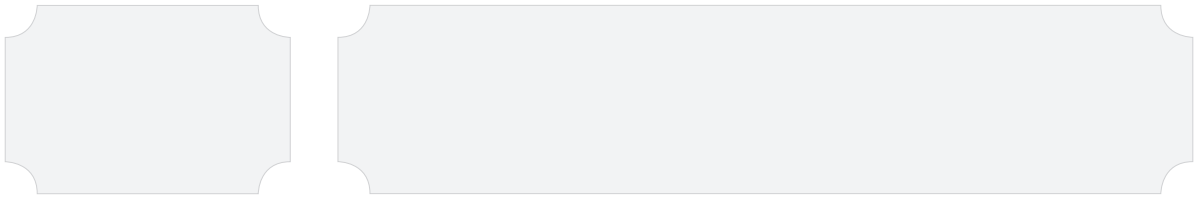
Plan de tratamiento

<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Presentación del caso	_____	_____
Preparaciones	_____	_____
Impresión	_____	_____
Prueba de metales	_____	_____
Prueba de rodillos	_____	_____
Prueba de oclusión	_____	_____
Entrega de prótesis e indicaciones	_____	_____
Primera revisión	_____	_____
Segunda revisión	_____	_____
Tercera revisión	_____	_____



- Dientes pilares AZUL
- Pónticos ROJO
- Restauraciones individuales AMARILLO

Firma de conformidad del paciente
por el tratamiento realizado



CONFORME NOM-168-SSA1-1998
 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2
 NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 7.2.7,
 7.2.7.1, 7.2.7.1.1, 7.2.7.1.2, 7.2.7.1.3

F-6

FORMATO 6 HISTORIA CLÍNICA DE PROSTODONCIA TOTAL Y/O PARCIAL

Folio de la hoja de especialidad _____

Nombre del paciente _____
Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

Nombre del CD _____

Evaluación clínica

Interpretación radiográfica _____

Estado del reborde alveolar _____

Plan de tratamiento

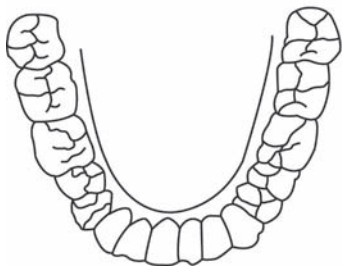
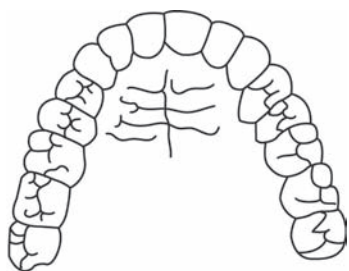
<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Modelos de estudio	_____	_____
Modelos de trabajo	_____	_____
Base de registro y prueba de rodillos	_____	_____
Prueba de dientes y oclusión	_____	_____
Terminado	_____	_____

 Firma de conformidad del paciente
 por el tratamiento realizado

Tipos de ganchos que hay que utilizar y ubicación _____

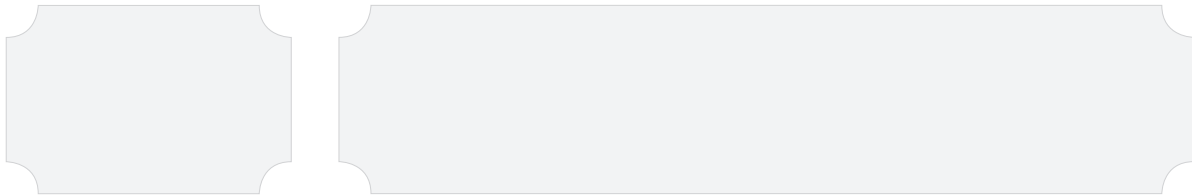
Plan de tratamiento

<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Presentación del caso	_____	_____
Preparaciones	_____	_____
Impresión	_____	_____
Prueba de metales	_____	_____
Prueba de rodillos	_____	_____
Prueba de oclusión	_____	_____
Entrega de prótesis e indicaciones	_____	_____
Primera revisión	_____	_____
Segunda revisión	_____	_____
Tercera revisión	_____	_____



- Dientes pilares
- AZUL
- Pónticos
- ROJO
- Restauraciones individuales
- AMARILLO

Firma de conformidad del paciente
por el tratamiento realizado



CONFORME NOM-168-SSA1-1998 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2
 NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 8.3, 8.3.14

FORMATO 7 HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCAL

F-7

Expediente núm. _____

Folio de la hoja de especialidad _____

Nombre del paciente _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
------------------	------------------	-----------

Nombre del CD (tratante) _____

Enfermedades sistémicas _____

Alergias a medicamentos o anestésicos _____

Padecimiento actual _____

Tiempo de evolución _____ Sintomatología _____

Si hay dolor: Ubicación _____ Tiempo de evolución _____

Tipo de dolor _____

Pulsátil, irradiado, espontáneo, localizado, difuso

Dolor al masticar Sí () No ()

Aumento de volumen Sí () No ()

Secreción purulenta Sí () No ()

Radiografía Periapical () Oclusal () Ortopantomografía ()

Interpretación radiográfica _____

Exploración de la región afectada. Especifique:

En caso de biopsia, **elaborar el examen clínico estomatológico** elemental y solicitud de estudio histopatológico.

Diagnóstico _____

Pronóstico _____

Plan de tratamiento _____

Diagnóstico posquirúrgico _____

Estado posquirúrgico inmediato del paciente

Incidentes, accidentes o complicaciones durante el procedimiento

Indicaciones posquirúrgicas

Evaluación

Bloqueo anestésico	_____
Antisepsia	_____
Incisión	_____
Colgajo	_____
Tratamiento de la zona intervenida	_____
Sutura	_____
Indicaciones posoperatorias	_____

Observaciones _____

Cirujano _____

Asistente _____

Circulante _____

Hora de inicio

Hora de término

Firma de conformidad del paciente
por el tratamiento realizado

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades propias de la infancia _____

Antecedentes traumáticos _____

Antecedentes quirúrgicos _____

Alergias _____

Transfusiones _____

Experiencia previa con anestesia _____

Padecimiento actual _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Respiratorio _____

Cardiovascular _____

Digestivo _____

Genitourinario _____

Menarca _____ Ciclo menstrual _____ Partos _____ Abortos _____

Método anticonceptivo _____ Menopausia _____

Endocrino _____

Hemopoyético _____

Nervioso _____

Musculoesquelético _____

Tegumentario _____

Medicamentos que utiliza actualmente _____

Inspección general

Cabeza _____

Ojos _____

Nariz _____

Cuello _____

Exploración bucal

Labios _____

Carrillos _____

Lengua _____

Paladar duro _____

Paladar blando _____

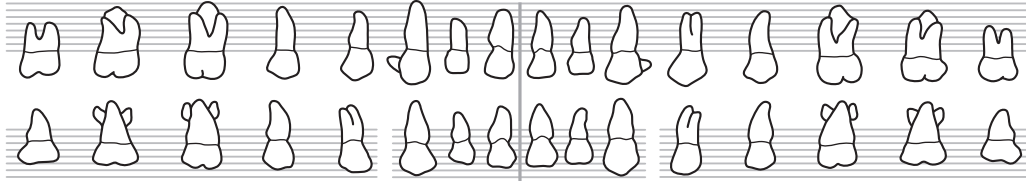
Encías _____

ATM _____

Dientes _____

Periodontograma de diagnóstico

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																



	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																



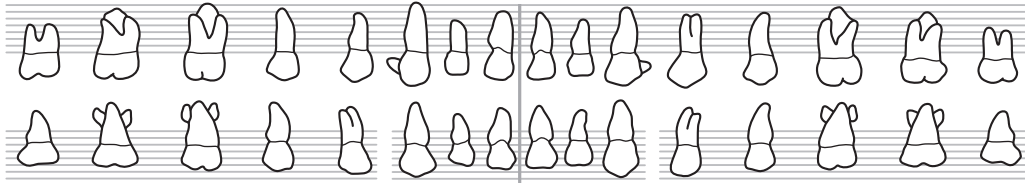
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																

1 Sondeo

2 Nivel de inserción clínica

Periodontograma de evolución

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																



	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																

1 Sondeo

2 Nivel de inserción clínica

Nombre y firma de conformidad sobre los tratamientos realizados

Nombre y firma del padre, madre o tutor
de conformidad con el plan de tratamiento realizado

Auxiliares de diagnóstico

Radiografías _____

Modelos de estudio _____

Fotografías _____

Estudios de laboratorio _____

Diagnóstico de presunción sistémico _____

Diagnóstico _____

Pronóstico _____

Plan de tratamiento _____

Nombre y firma de conformidad y veracidad de los datos aportados
del paciente, familiar o representante legal

Nombre y firma del cirujano dentista tratante y responsable
por la prestación de los servicios (tratamientos periodontales)

FORMATO 9 HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

Datos generales

Nombre del paciente _____		
Dirección _____		
Tel. _____	Sexo _____	Edad _____
Remitido por _____		
Fecha de inicio _____	Fecha de término _____	
Dientes que ha de tratarse _____		

F-9

Interrogatorio

<i>Antecedentes</i>	<i>Dolor</i>	<i>Estímulo</i>
<input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Abrasión <input type="checkbox"/> Resina <input type="checkbox"/> Amalgama <input type="checkbox"/> Incrustación <input type="checkbox"/> Corona <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Tratamiento de conductos <input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Masticación <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Otro

<i>Examen intrabucal</i>	<i>Examen extrabucal</i>
<input type="checkbox"/> Exposición pulpar <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Lesión en tejidos blandos	<input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos

Pruebas de sensibilidad pulpar

 Frío

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

 Decrece

 Incrementa

Diente testigo: OD _____

Prueba de cavidad _____

 Calor

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

 Decrece

 Incrementa

Diente testigo: OD _____

Prueba de cavidad _____

Prueba eléctrica

Diente problema OD _____ Lectura _____

 Positiva

Pruebas periodontales

 Percusión horizontal

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

Movilidad

 Positiva

 Negativa

 I

 II

 III

 Percusión vertical

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

Sondeo periodontal

Profundidad de la bolsa _____

Palpación

 Positiva

 Negativa

Interpretación radiográfica

<i>Cámara</i>	<i>Conducto</i>	<i>Periodonto</i>
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Estrecha	<input type="checkbox"/> Estrecho	<input type="checkbox"/> Ensanchado
<input type="checkbox"/> Calcificada	<input type="checkbox"/> Amplio	<input type="checkbox"/> Resorción apical
<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Preparado	<input type="checkbox"/> Hiper cementosis
<input type="checkbox"/> Perforación	<input type="checkbox"/> Obturado	<input type="checkbox"/> Lesión difusa
<input type="checkbox"/> Retracción	<input type="checkbox"/> Inmaduro	<input type="checkbox"/> Lesión circunscrita
<input type="checkbox"/> Obstrucción	<input type="checkbox"/> Retorsión interna	
	<input type="checkbox"/> Perforado	
	<input type="checkbox"/> Calcificado	
	<input type="checkbox"/> Fractura	

Diagnóstico pulpar

- Pulpa sana
- Pulpitis reversible
- Pulpitis irreversible
- Necrosis pulpar
- Despulpado
- Pulpitis hiperplásica

Tratamiento

- Biopulpectomía
- Necropulpectomía
- Repetición de tratamiento
- Extirpación intencional
- Apicoformación
- Recromía
- Perno-muñón

Diagnóstico periapical

- Periapice sano
- Periodontitis aguda
- Periodontitis crónica
- Periodontitis crónica supurativa
- Absceso alveolar agudo
- Absceso fénix

Cirugía

- Curetaje apical
- Apicectomía
- Radisectomía
- Hemisección
- Hemirresección

Odontograma de diagnóstico

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

<i>Longitud de trabajo</i>	<i>Aparente</i>	<i>Real</i>	<i>Relación</i>
Mesial			
Mesiolingual			
Mesiovestibular			
Mesiopalatino			
Distal			
Distolingual			
Distopalatino			
Distovestibular			
Palatino			

Técnica de instrumentación _____

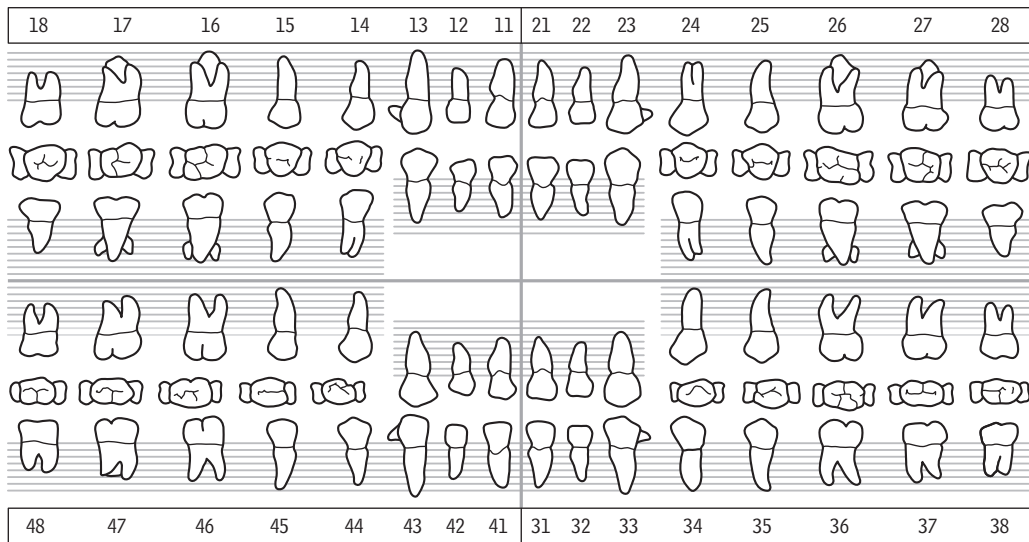
Técnica de obturación _____

Indicaciones _____

Fecha de inicio _____

Fecha de término _____

Odontograma de evolución



Nombre y firma de conformidad
sobre los tratamientos realizados

Nombre y firma del cirujano dentista tratante y responsable
de la prestación de los servicios (endodónticos)

Antecedentes no patológicos

Número de gesta: _____ De _____ Embarazo de alto riesgo ()
 Amenaza de aborto () Cesárea () Posición cefálica por fórceps ()
 Prematuro () Parto natural () Término gesta ()
 Alimentación: Pecho () Por cuánto tiempo _____
 Biberón () Por cuánto tiempo _____

Alimentación balanceada. Comentario: _____

Deficiencias en la alimentación. Comentario: _____

Desarrollo psicomotor: SNC Comentario: _____

Hiperactivo. Comentario: _____

Desarrollo tardío. Comentario: _____

Pedestación _____ Bipedestación _____ Deambulación: _____

Balbuceo: _____ P. palabras: _____ Lenguaje estructurado: _____

Erupción dentaria: _____ Cont. esf. Anal: _____ Cont. esf. Urin.: _____

Genitourinario. Enuresis: Prim. () Sec. () Menarca: _____

Examen de la cavidad bucal

Higiene excelente () Buena () Deficiente ()

Examen del periodonto

Gingivitis () Periodontitis moderada () Periodontitis severa ()

Placa bact. () Sarro supragingival () Sarro infragingival ()

Halitosis () Bolsas periodontales () Absceso periodontal ()

Parulia () Recesión gingival () Defectos óseos externos ()

Grado de movilidad. Marque: Grado 1. Piezas: _____

Grado 2. Piezas: _____ Grado 3. Piezas: _____

Sensibilidad () Otros: _____

Músculos del mentón: Hipertónicos () Hipotónicos ()

Especifique cuáles _____

Examen de los labios. Anomalías de posición:

Proquelia: Superior () Inferior ()

Retroquelia: Superior () Inferior ()

Onicofagia	()	Morder lápices, palillos	()
Hábitos posturales en sueño	()	Hábitos posturales en vigilia	()
Otros			
Especifique	_____		

Análisis ortodóntico

Auxiliares de diagnóstico. Análisis de modelos:

Oclusión: relación molar C-I	()	Derecho	()	Izquierdo	()
Apiñamiento anterior: Superior	()	Inferior	()		
Relación molar C-II	()	Derecho	()	Izquierdo	()
Apiñamiento anterior: Superior	()	Inferior	()		
Relación molar clase II Div. 1	()	Derecha	()	Izquierdo	()
Apiñamiento anterior: Superior	()	Inferior	()		
Relación molar clase II Div. 2	()	C. II derecha	()	C. II izquierdo	()
Relación molar clase C-III	()	Derecha	()	Izquierda	()
Apiñamiento anterior: Superior	()	Inferior	()		
Mordida profunda	()	Positiva	()	Negativa	()
Over bite: _____ mm		Over jet: _____ mm			
Mordida abierta	()	Anterior	()	Posterior	()
				Der.	()
				Izq.	()
Mordida cruzada	()	Unilateral	()	Der.	()
				Izq.	()
				Mordida cruzada bilateral	()
Desviación línea media. Hacia:		Derecha	()	Izquierda	()
				Desviación _____ mm	

Forma del arco dental

Cuadrado	()	Ovoide	()	Triangular	()
Curva de Spee:		Recta	()	Curva	()
				Severa	()
				Ligera	()
Curva de Wilson:		Positiva	()	Negativa	()

Análisis del espacio

Espacio disponible:	Superior _____ mm	Inferior _____ mm
Espacio requerido:	Superior _____ mm	Inferior _____ mm
Discrepancia:	Superior _____ mm	Inferior _____ mm

Odontograma ortodóntico

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Labioversión _____ | Agenesia _____ |
| Linguoversión _____ | Ausencia por caries _____ |
| Mesioversión _____ | Bolsas periodontales _____ |
| Distoversión _____ | Resección gingival _____ |
| Ectópicos _____ | Abrasión _____ |
| Supernumerarios _____ | Atrición _____ |
| Macrodoncia _____ | Extracciones terapéuticas _____ |
| Microdoncia _____ | Diastemas en _____ |
| Geminación _____ | <i>Dens in dens</i> _____ |
| Fusión _____ | Otros _____ |

Aparatología ortodóntica

- | | |
|----------------|-----------------|
| Bandas _____ | Otros () _____ |
| Brackets _____ | |

Análisis extrabucal

- | | | | |
|---------------------|------------------|----------------|------------------|
| Morfología craneal: | Dolicocéfalo () | Mesocéfalo () | Braquicéfalo () |
| Índice cefálico = | - de 76 | 76 a 81 | + de 81 |

$$\text{Índice craneal} = \frac{\text{Diámetro transversal máximo} \times 100}{\text{Diámetro anteroposterior máximo}}$$

Asimetrías craneales () Anteroposteriores () Transversas ()

Especifique _____

Fotografías de frente

Tipo facial: Leptoprosopo () Mesoprosopo () Euriprosopo ()
 Dolicofacial Mesofacial Braquifacial
 + de 104 97 a 104 – de 97

$$\text{Índice facial} = \frac{\text{Distancia ofrion-gnación} \times 100}{\text{Distancia bicigomática}}$$

Asimetrías faciales () Verticales () Horizontales ()
 Laterognasia. Derecha () Izquierda ()

Otros

Especifique _____

Nariz: Grande () Mediana () Pequeña ()
 Tabique nasal: Normal () Desviado () Der. () Izq. ()
 Orificios nasales: Normales () Estrechos () Der. () Izq. ()
 Perfil facial: Recto () Convexo () Cóncavo ()
 Dorso de la nariz: Recta () Convexa () Cóncava ()

Relaciones maxilomandibulares

Maxilar: Normal () Retrusivo () Protrusivo ()
 Mandíbula: Normal () Retrognata () Prognata ()
 Biprotusión maxilar () Hipoplasia maxilomandibular ()
 Micrognatia () Macrognatia ()

Análisis miofuncional

Articulación temporomandibular:

Dolor a la palpación () A. derecha () A. izquierda ()
 Ruidos: Chasquidos () A. derecha () A. izquierda ()
 Crepitación () A. derecha () A. izquierda ()
 Luxación () A. derecha () A. izquierda ()

Dolor al desplazamiento

Excéntrica der. () Excéntrica izq. () Anterior () Posterior ()

Dolor al realizar la palpación muscular:

Temporal.	Derecho ()	Izquierdo ()
Masetero.	Derecho ()	Izquierdo ()
Pterigoideo interno	Derecho ()	Izquierdo ()
Pterigoideo externo	Derecho ()	Izquierdo ()
Otros		
Especifique _____		

Movimientos de la mandíbula. Desviación a la abertura

(Hacia la izq.) Levognatia ()	(Hacia la der.) Dextrognatia ()
En la abertura: Normal ()	Limitada ()
Abertura maxilomandibular _____ mm	
Interferencias oclusales. Zonas de interferencia y piezas involucradas:	
Especifique _____	

Dentición mixta

Espacios de primate ()	Espacios fisiológicos o de desarrollo ()
Espacios de primate y espacios fisiológicos ()	Espacios cerrados ()

Predicción de los anchos M-D de premolares y caninos
Tabla de probabilidades a partir de 21 / 12 a 75 %.

Arco superior:	Ancho M-D de 21/12 = _____ mm
	Ancho M-D de 3, 4, 5 = _____ mm
Arco inferior:	Ancho M-D de 12/12 = _____ mm
	Ancho M-D de 3, 4, 5 = _____ mm

Planos terminales. Relación MD de los segundos molares temporales

Plano tipo vertical ()	PTV unilateral ()	PTV bilateral ()
Tipo escalón mesial ()	TEM unilateral ()	TEM bilateral ()
Tipo escalón mesial distal ()	TED unilateral ()	TED bilateral ()

Índice de pont. ancho promedio de los maxilares:

$$\text{Índice de los premolares} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Ancho ant. de la arcada dentaria}}$$

$$\text{Índice de los molares} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Ancho post. de la arcada dentaria}}$$

$$\text{Ancho ant. de la arc. dent.} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Índice de los premolares}}$$

$$\text{Ancho post. de la arc. dent.} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Índice de los molares}}$$

Análisis radiográfico: Ortopantomografía

Dientes retenidos: _____ Dientes ectópicos: _____
 Dientes ausentes congénitos: _____ Dientes extraídos: _____
 Restos radiculares de: _____ Supernumerarios entre: _____
Dens in dens en: _____ Geminación de: _____
 Dientes anquilosados: _____ Resorción radicular de: _____
 Dislaceración en: _____ Dientes obturados: _____
 Piezas con caries: _____ Lesiones periapicales _____
 Dientes con endodoncia: _____ Diastemas: _____
 Prótesis fija en: _____
 Cornetes: Normal () Inflamados: Derecho () Izquierdo ()

Calcificación dental. Referencia según los estadios de la tabla de Nolla

0. Ausencia de cripta: _____ 6. Corona completa: _____
 1. Presencia de cripta: _____ 7. 1/3 de raíz completa: _____
 2. Calcificación inicial: _____ 8. 2/3 de raíz completa: _____
 3. 1/3 de corona completa: _____ 9. Raíz c/compl. ápice abierto: _____
 4. 2/3 de corona completa: _____ 10. Ápice rad. compl.: _____
 5. Corona casi completa: _____

Lesiones quísticas o tumorales, densidad ósea, destrucción alveolar extensa, anomalías condilares o de ATM.

Otros

Especifique _____

Radiografía del índice Carpiano. Según grado de maduración de Todd

Grado de osificación de las epífisis y diáfisis

Etapas iniciales () Etapa media. Capuchón () Etapa de osificación ()
 Osificación de epífisis y diáfisis del cúbito y radio:

Grado de osificación

Hueso pisiforme:	Inicial ()	Medio ()	Avanzada ()
Hueso gancho:	Inicial ()	Medio ()	Avanzada ()
Hueso sesamoideo:	Inicial ()	Medio ()	Avanzada ()

Interpretación. Edad ósea del paciente, su estadio y magnitud de crecimiento

Especifique _____

Citas complementarias, correcciones importantes _____

Observaciones _____

Firma del cirujano dentista
especialista en ortodoncia y/u ortopedia maxilar

Firma de conformidad del paciente,
familiar, tutor o representante legal

Antecedentes personales patológicos

Su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes

	Sí	No	
Asma	()	()	
Epilepsia	()	()	
Enfermedades cardiacas	()	()	
Hepatitis	()	()	Tipo _____
Enfermedades renales	()	()	
Trastornos hepáticos	()	()	
Poliomielitis	()	()	
Sarampión	()	()	
Tos ferina	()	()	
Varicela	()	()	
Escarlatina	()	()	
Difteria	()	()	
Tifoidea	()	()	
Parotiditis	()	()	
Fiebre reumática	()	()	
Tuberculosis	()	()	
Fiebres eruptivas	()	()	
Anemia	()	()	
Otras _____			

Ha estado en tratamiento médico en alguna etapa de su vida Sí () No ()

Cuál fue el motivo _____

Su hijo toma algún medicamento actualmente (motivo) _____

Ha tenido trastornos mentales, emocionales o nerviosos _____

Antecedentes personales no patológicos

Hábitos higiénicos: En el vestir _____ Corporales _____ Bucales _____

Con qué frecuencia realiza la higiene de su boca al día _____

Utiliza auxiliares de higiene bucal Sí () No () Cuáles son: _____

Consumo golosinas u otro tipo de alimentos entre comidas Sí () No ()

Grupo sanguíneo _____ Factor Rh _____ Cuenta con *Cartilla de vacunación*: Sí () No ()

Tiene el esquema de vacunación completo: Sí () No ()

Especifique cuál falta _____

Padecimiento actual

Antecedentes alérgicos

Antibióticos

Analgésicos

Anestésicos

Alimentos

Especifique _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo _____

Disfagia, náuseas, vómito, diarrea crónica, pirosis, hematemesis, ictericia

Aparato respiratorio _____

Obstrucción nasal, tos, rinorrea, expectoración, disnea, cianosis, epistaxis, hemoptisis

Aparato cardiovascular _____

Dolor precordial, fosfenos, lipotimia, taquicardia, hipertensión, hipotensión, acúfenos, disnea, cefalea, mareos, taquicardia, bradicardia

Aparato genitourinario _____

Incontinencia urinaria, dolor lumbar, disuria, hematuria, edema, nicturia, poliuria

Sistema endocrino _____

Poliuria, polidipsia, polifagia, exoftalmo, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o calor

Sistema hemopoyético _____

Hemorragia, epistaxis, hematuria, hematemesis, petequias, equimosis, adenopatías

Sistema nervioso _____

Convulsiones, cefalea, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor

Sistema musculoesquelético _____

Deformidad articular, dolor articular, limitación de movimiento

Aparato tegumentario _____

Cambio de color en piel, erupciones, prurito, hiperhidrosis, pérdida de cabello o vello, sequedad de piel

Exploración física

Habitus exterior _____

Peso _____ Talla _____ Complejón _____

Signos vitales FC _____ TA _____ FR _____ Temperatura _____

Exploración de cabeza y cuello

Cabeza Exostosis

Endostosis

Cráneo Dolicocefálico

Mesocefálico

Braquicefálico

Cara Asimetrías:

Transversales

Longitudinales

Perfil Cóncavo

Convexo

Recto

Piel Normal

Pálida

Cianótica

Enrojecida

Músculos Hipotónicos Hipertónicos Espásticos

Cuello Se palpa la cadena ganglionar Sí () No ()

Otros _____

Exploración del aparato estomatognático

Articulación temporomandibular

Ruidos	Sí ()	No ()	Lateralidad ()	Abertura ()
Chasquidos			Sí ()	No ()
Crepitación			Sí ()	No ()
Dificultad para abrir la boca			Sí ()	No ()
Dolor a la apertura o movimientos de lateralidad			Sí ()	No ()
Fatiga o dolor muscular			Sí ()	No ()
Disminución de la apertura			Sí ()	No ()
Desviación a la apertura o cierre			Sí ()	No ()

Tejidos blandos

Ganglios _____

Glándulas salivales _____

Labio externo _____

Borde bermellón _____

Labio interno _____

Comisuras _____

Carrillos _____

Fondo de saco _____

Lengua tercio medio _____

Frenillos _____

Paladar duro _____

Paladar blando _____

Ítmo bucofaringe _____

Lengua dorso _____

Lengua bordes _____

Lengua ventral _____

Piso de la boca _____

Dientes _____

Mucosa del borde alveolar _____

Encía _____

A continuación describa: lesión elemental, número de lesiones, forma, tamaño, color, superficie, base, consistencia, sintomatología, etiología, evolución, tratamiento recibido, cuadrante de ubicación.

Análisis de la oclusión

Plano terminal _____ Clase de oclusión _____
 Mesial, mesial exagerado, distal, recto I-II-III

Línea media Normal () Desviada izquierda () Desviada derecha ()

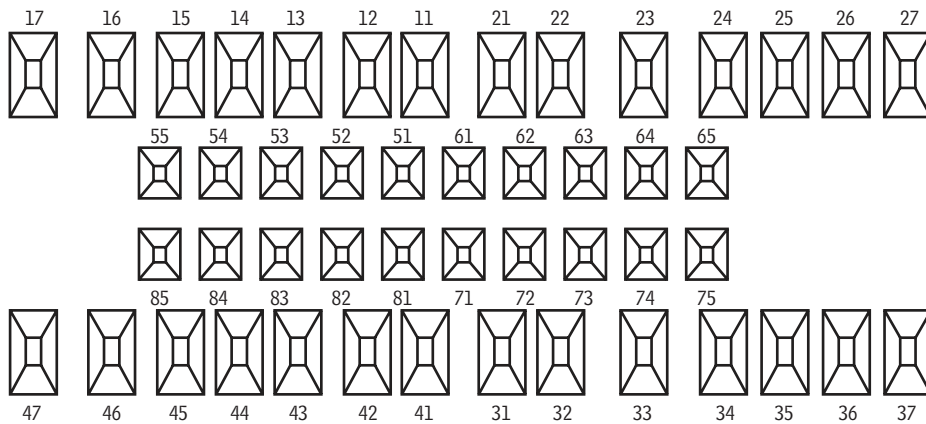
Sobremordida vertical Normal () Abierta () Profunda ()

Sobremordida horizontal Normal () Borde a borde ()

Clase II _____ mm Clase III _____ mm

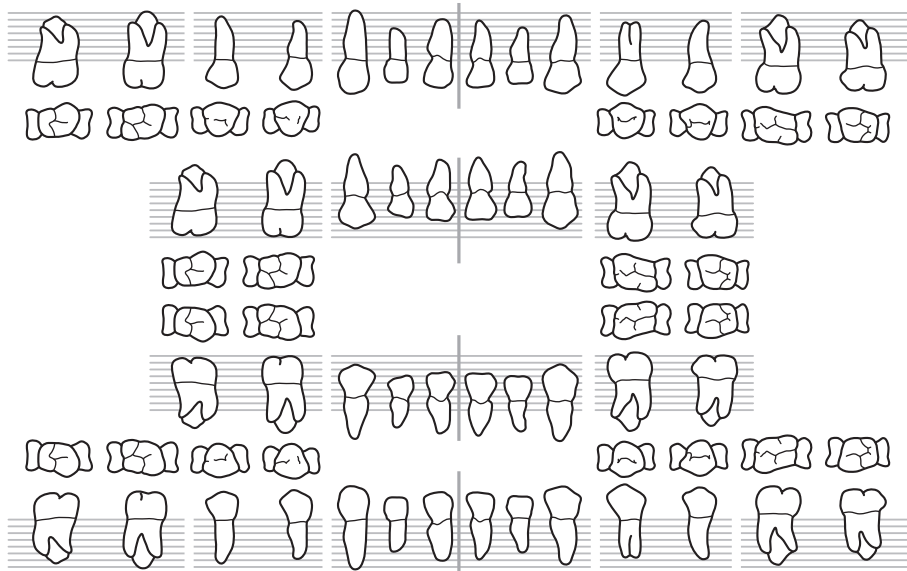
Mordida cruzada Anterior () Posterior () Unilateral () Bilateral ()

Índice de higiene bucal



Índice de placa actual _____ %

Odontograma diagnóstico



17 _____
16 _____
15 _____
14 _____
13 _____
12 _____
11 _____

27 _____
26 _____
25 _____
24 _____
23 _____
22 _____
21 _____

55 _____
54 _____
53 _____
52 _____
51 _____

65 _____
64 _____
63 _____
62 _____
61 _____

85 _____
84 _____
83 _____
82 _____
81 _____

75 _____
74 _____
73 _____
72 _____
71 _____

47 _____
46 _____
45 _____
44 _____
43 _____
42 _____
41 _____

37 _____
36 _____
35 _____
34 _____
33 _____
32 _____
31 _____

- A/0. Sano
- B/1. Con caries
- C/2. Obturado con caries
- D/3. Obturado sin caries
- E/4. Perdido como resultado por caries
- /5. Perdido por cualquier otro motivo
- F/6. Fisura obturada
- G/7. Soporte de puente, corona, funda o implante
- /8. Diente sin erupcionar

- T/T. Traumatismo (fractura)
- /9. No registrado
- 11. Recesión gingival
- 12. Tratamiento de conductos
- 13. Instrumento separado en un conducto
- 14. Bolsas periodontales
- 15. Fluorosis
- 16. Alteraciones de forma, número, tamaño, textura, posición
- 17. Lesión endoperiodontal

Diagnóstico(s) _____

Odontología preventiva

Operatoria

Cirugía

Ortodoncia preventiva

Ortodoncia interceptiva

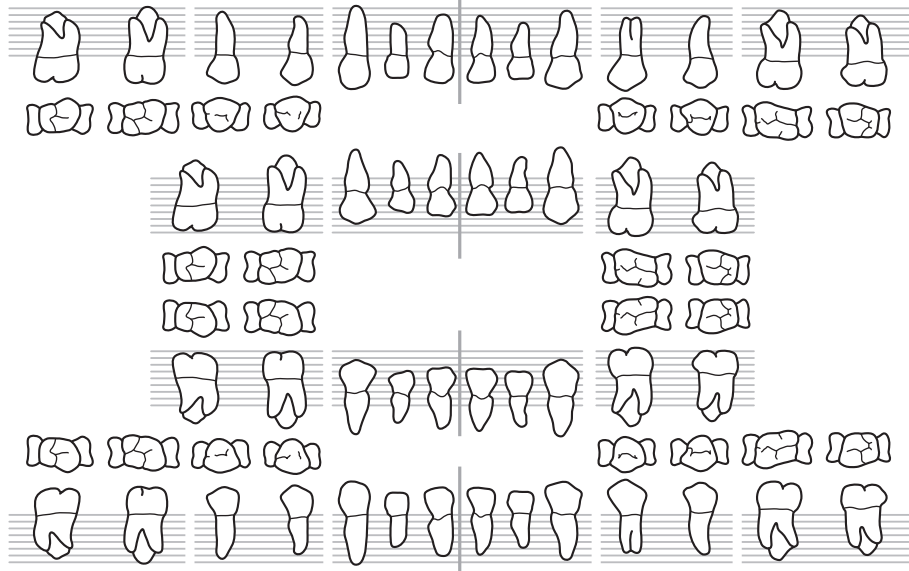
Ortodoncia correctiva

Tratamientos pulpares

Restauraciones con coronas de acero, cromo u otras

Nombre y firma del padre, madre o tutor
de conformidad con el plan de tratamiento propuesto

Odontograma de evolución



- 17 _____
- 16 _____
- 15 _____
- 14 _____
- 13 _____
- 12 _____
- 11 _____

- 55 _____
- 54 _____
- 53 _____
- 52 _____
- 51 _____

- 85 _____
- 84 _____
- 83 _____
- 82 _____
- 81 _____

- 47 _____
- 46 _____

- 27 _____
- 26 _____
- 25 _____
- 24 _____
- 23 _____
- 22 _____
- 21 _____

- 65 _____
- 64 _____
- 63 _____
- 62 _____
- 61 _____

- 75 _____
- 74 _____
- 73 _____
- 72 _____
- 71 _____

- 37 _____
- 36 _____

45 _____
44 _____
43 _____
42 _____
41 _____

35 _____
34 _____
33 _____
32 _____
31 _____

Nombre y firma del padre, madre o tutor
de conformidad con el plan de tratamiento realizado

Interpretación radiográfica _____

Estudios de laboratorio y gabinete _____

Interpretación de los estudios de laboratorio y gabinete _____

Nombre y firma del cirujano dentista tratante

Nombre y firma del padre, madre o tutor sobre la veracidad de
de los datos aportados

CON FUNDAMENTO EN LA *LEY GENERAL DE SALUD*
TÍTULO QUINTO CAPÍTULO ÚNICO, INVESTIGACIÓN PARA
SALUD ARTÍCULO 100 FRACCIÓN IV. ARTÍCULOS 102 Y 103.
NOM-168-SSA1-1998. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SU
NUMERAL 4.2

FORMATO 12

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El(la) que suscribe _____

Con domicilio _____

En mi carácter de _____ Edad _____ Género _____

Manifiesto que el cirujano dentista _____

Amablemente me informé de manera verbal, libre y sin coerción alguna, en forma clara, sencilla y suficiente, acerca del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento para mi padecimiento.

Estoy informado(a) que durante la práctica de la estomatología u odontología y sus diversas disciplinas de especialización en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones e incluso posibilidad de que se presente una emergencia medicoodontológica; por tanto, como los resultados no se pueden garantizar, acepto afrontar los riesgos por ser mayor el beneficio esperado.

Diagnóstico(s) _____

Tratamiento(s) por realizar _____

Tratamiento(s) alternativos _____

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento _____

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar _____

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento _____

Por lo anterior se me explicó que para tratar o confirmar mi diagnóstico, es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: _____

Cirujano dentista _____ Cédula profesional _____

Fecha y hora _____ Firma _____

Por lo anterior firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar

Paciente, padre o tutor, representante legal o familiar

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

F-12

Primer testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Segundo testigo

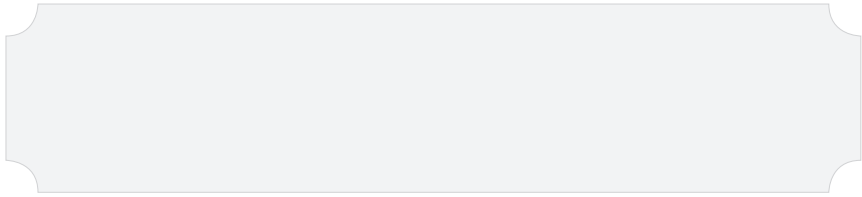
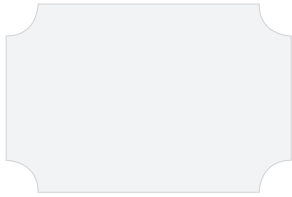
Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Con base en el *Código Civil*. Obligaciones en general sobre el consentimiento informado artículos 1803 y 1812.



CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD
TÍTULO QUINTO CAPÍTULO ÚNICO, INVESTIGACIÓN PARA
SALUD ARTÍCULO 100 FRACCIÓN IV, ARTÍCULOS 102 Y 103,
NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SU NUMERAL 4.2

FORMATO 13

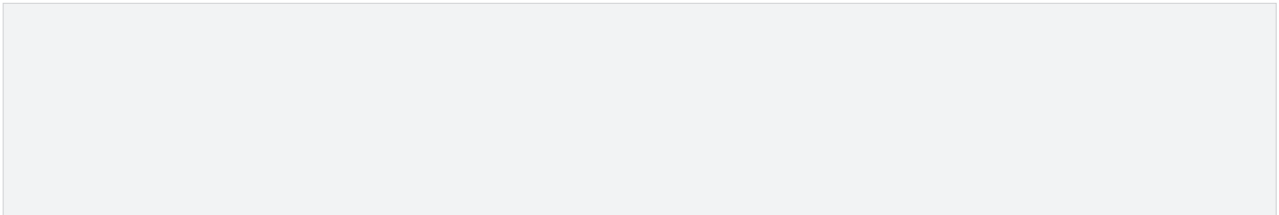
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO O BAJO INFORMACIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL ESTOMATOLÓGICA

El(la) que suscribe _____

Con domicilio _____

En mi carácter de _____ Edad _____ Género _____

Manifiesto que el cirujano dentista _____



Diagnóstico(s) _____

Tratamiento(s) por realizar _____

Tratamiento(s) alternativos _____

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento _____

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar _____

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento _____

Por lo anterior se me explicó que para tratar o confirmar mi diagnóstico, es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: _____

Cirujano dentista _____ Cédula profesional _____

Fecha y hora _____ Firma _____

Por lo anterior firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar

F-13

Paciente, padre o tutor, representante legal o familiar

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Primer testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____ Firma _____

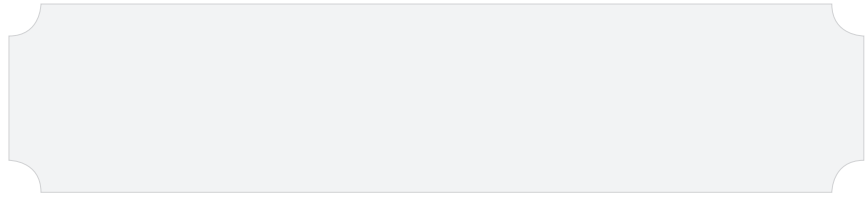
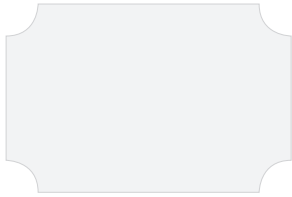
Segundo testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____ Firma _____

Con base en el *Código Civil*. Obligaciones en general sobre el consentimiento informado artículos 1803 y 1812.



CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD.
TÍTULO QUINTO Y CAPÍTULO ÚNICO, INVESTIGACIÓN PARA
SALUD ARTÍCULO 100 FRACCIÓN IV. ARTÍCULOS 102 Y 103.
NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SU NUMERAL 4.2

FORMATO 14

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO O BAJO INFORMACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El(la) que suscribe _____
 Con domicilio _____
 En mi carácter de _____ Edad _____ Género _____
 Padecimiento actual _____ Diagnóstico de presunción _____
 Manifiesto que el cirujano dentista _____

F-14

Amablemente me informó de manera verbal, libre y sin coerción alguna, en forma clara, sencilla y suficiente sobre el empleo del medicamento trióxido mineral agregado (M. T. A.) en el órgano dentario _____ y el empleo de hidróxido de calcio (Vitapex®) en el órgano dentario _____, con el fin de llevar a cabo un proyecto de investigación como medicamento terapéutico alternativo en el tratamiento de herida pulpar, el cual se realizará en las instalaciones _____

Estoy informado(a) que durante la práctica de la odontología, la estomatología y sus diversas disciplinas de especialización en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones, incluso posibilidad de que se presente una emergencia médica odontológica; de modo que los resultados no se pueden garantizar.

Acepto afrontar los riesgos mencionados por ser mayor el beneficio esperado.

Sí consiento _____ No consiento _____

Por lo anterior se me explicó que es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: _____

Fecha y hora _____ Firma _____

Firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar.

Paciente, tutor, representante legal o familiar

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____

Firma _____ Consiento _____ No consiento _____

Primer testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____

Firma _____

Segundo testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____

Firma _____

Con base en el *Código Civil*. Obligaciones en general sobre el consentimiento informado, artículos 1803 y 1812.

CON FUNDAMENTO EN EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL
DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV,
ARTÍCULOS 80, 81, 82 Y 83.

FORMATO 15 CARTA DE AUTORIZACIÓN

El(la) que suscribe _____
 Con domicilio _____
 En mi carácter de _____ Edad _____ Género _____
 Padecimiento actual _____ Diagnóstico de presunción _____

Autorizo a que se me practique el procedimiento quirúrgico conocido como exodoncia (extracción) en los órganos dentarios _____, mismos que presentan sintomatología (molestias) por malposición dentaria en la zona retromolar del lado _____, en relación con la arcada dentaria, habiéndose realizado previamente un tratamiento pulpar a base de trióxido mineral agregado (M. T. A.) e hidróxido de calcio (Vitapex®), con el fin de observar la recuperación de una herida pulpar. Dicho acto quirúrgico se llevará a cabo en las instalaciones _____

Se requiere anestesia Sí () No ()
 Tipo _____ Dosis _____ Vía de administración _____

Estando informado(a) que durante la práctica de la odontología, estomatología y sus diversas disciplinas de especialización; en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones, incluso posibilidad de que se presente una urgencia médica odontológica o estomatológica de manera que los resultados no se pueden garantizar.

Por lo anterior se me explicó que es necesario llevar a cabo los estudios siguientes:

Fecha y hora _____ Firma _____

Acepto afrontar los riesgos mencionados por ser mayor el beneficio esperado.

Por tanto, en pleno uso de mis facultades, y estando enterado del presente documento, autorizo al cirujano dentista _____ y al personal auxiliar facultado legalmente, para atender una urgencia médica y que se realicen los procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos y de rehabilitación antes señalados, así como lo que fuese necesario médicamente, para la preservación de mi salud en general.

Sí autorizo _____ No autorizo _____

Firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar.

Paciente, tutor, representante legal o familiar

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____

Firma _____ Consiento _____ No consiento _____

Primer testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____

Firma _____

Segundo testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Parentesco _____

Firma _____

NOM-168-SSA1-1998
 NUMERALES 7, 7.1, 7.1.1, 7.1.2,
 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7, 7.1.8

FORMATO 16 NOTA CLÍNICA DE URGENCIA

Fecha / / Hora Folio Expediente núm.
Día Mes Año

Paciente
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio
Calle Núm. Colonia C. P.

Lugar de nacimiento Lugar de residencia

Delegación o estado Teléfono

Estado civil Ocupación Escolaridad

Motivo de consulta

Antecedentes patológicos hereditarios

Padecimientos de familiares en línea directa

Madre

Padre

Hermanos

Hijos

Espos(a)

Otros

Antecedentes personales patológicos

Diabetes Alergia Cardiopatía Hemofilia

Hipertensión Hepatitis VIH

Otras

Exploración física

Habitus exterior _____

Peso _____ Talla _____ Compleción _____

Signos vitales: Frecuencia cardiaca _____ Tensión arterial _____

Frecuencia respiratoria _____ Temperatura _____

Estado neurológico del paciente _____

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete

Necesidades de tratamiento de urgencia

Especifique _____

Interpretación radiográfica _____

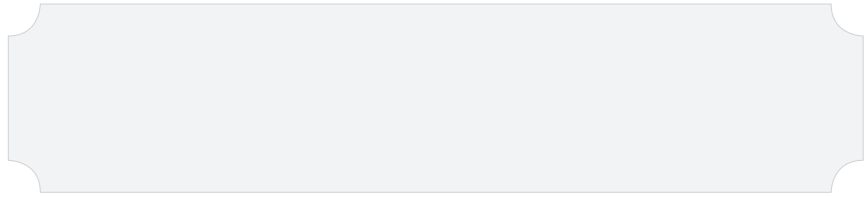
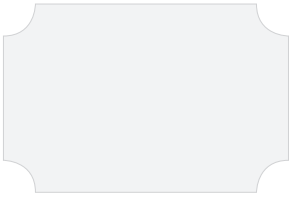
Diagnóstico _____

Tratamiento _____

Nombre y firma del padre, tutor o representante legal

Nombre y firma del cirujano dentista tratante

Nombre y firma del paciente, padre, madre o representante legal sobre la veracidad de los datos aportados



CONFORME A LA NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SUS NUMERALES 6.2 Y 7.2 Y LA NOM-013-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES EN SUS NUMERALES 7.2 Y 8.3.

FORMATO 17 NOTA DE EVOLUCIÓN

Se recomienda llenarla con escritura clara, sencilla y comprensible; sin tachaduras o enmendaduras que dificulten su interpretación. Además, deberá llenarse en presencia del paciente tratado.

<i>Fecha</i>	<i>Evolución del cuadro clínico y tratamiento realizado</i>	<i>Nombre y firma del cirujano dentista que realizó el tratamiento</i>	<i>Nombre y firma de conformidad del paciente, padre, madre o representante legal</i>	<i>Folio de la hoja de especialidad</i>

CONFORME A LA NOM-168-SSA1-1998 NUMERALES 6.1.3 Y 7.1.6
NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 5.4, 8.1, 8.1.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.4

FORMATO 18 EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

Expediente núm. _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Nombre del paciente _____
Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Edad: Años _____ Meses _____ Género: Masculino Femenino

Lugar y fecha de nacimiento _____
(Estado) (Ciudad) (Día) (Mes) (Año)

Ocupación _____ Derechohabiente

Escolaridad _____ Estado civil _____

Domicilio: Calle _____
Núm. exterior _____ Núm. interior _____ Colonia _____
Estado _____ Mpio. _____ Delegación _____

Teléfono _____ Teléfono del trabajo _____

Hábitos nocivos: Tabaco _____ Alcohol _____ Bruxismo _____

Motivo de la consulta: Emergencia _____ Rehabilitación _____ Consulta _____

Prevención _____ Otros _____

Mordedura y o succión de mucosas: _____ Sí/no _____ Área _____ Bruxismo _____ Sí/no _____

Otro _____
(Especifique)

F-18

Indicaciones para el llenado del formato

Registre en las líneas de tratamiento una N cuando lo explorado sea normal o los códigos indicados para cada diagnóstico que se detecte. En caso de alguna alteración no especificada explique con letra clara sobre las líneas, las características solicitadas de acuerdo con las guías. A continuación describa.

I. Diagnóstico sistémico. _____

Códigos: S-1, diabetes; S-2, hipertensión; S-3, alergia; S-4, trastornos de la tiroides; S-5, infectocontagiosos; S-6, otros

A continuación describa: indique si actualmente se encuentra o no controlado(a) médicamente, nombre comercial de medicamentos y últimos resultados de laboratorio.

II. Articulación temporomandibular (tratamiento): _____

Códigos: A-1, disfunción; A-2, dolor; A-3, artritis traumática; A-4, otros

A continuación describa: chasquido, crepitación, movimiento limitado, desviación a la abertura o cierre, cansancio, tensión, hipertrofia muscular, antecedentes de traumatismo, bruxismo, trauma oclusal, etcétera.

III. Tejidos blandos (tratamiento):

1. Ganglios _____
2. Glándulas salivales _____
3. Labio externo _____
4. Borde bermellón _____
5. Labio interno _____
6. Comisuras _____
7. Carrillos _____
8. Fondo de saco _____
9. Frenillos _____
10. Paladar duro _____
11. Paladar blando _____
12. Bucofaringe _____
13. Lengua dorsal _____
14. Bordes linguales _____
15. Lengua ventral _____
16. Piso de la boca _____
17. Borde alveolar _____
18. Encía _____

Códigos de entidades no patológicas y patológicas (blancas y rojas), pigmentaciones y úlceras

<i>Entidades</i>	<i>Códigos</i>
<i>No patológicas</i>	
Enfermedad de Fordyse	V-1
Melanosis racial	V-2
Leucoedema	V-3
Variación de frenillos	V-4

Torus	V-5
Lengua fisurada	V-6
Várices bucales	V-7
Atrofia geriátrica	V-8
<i>Patológicas (blancas y/o rojas)</i>	
Leucoplasia	L-1
Queratosis por fricción	L-2
Línea alba oclusal	L-3
Sangrado bucal	L-4
Lesión blanca asociada con tabaco, restauraciones o con reacción liquenoide	L-5
Paladar del fumador	L-6
Lesión por quemadura	L-7
Candidiasis seudomembranosa aguda	L-8
Candidiasis hiperplásica crónica	L-9
Lengua geográfica	L-10
Liquen plano	L-11
Eritroplasia	L-12
Lesión roja violácea por traumatismo	L-13
Candidiasis atrófica crónica	L-14
Queilitis por diversas causas	L-15
Proceso inflamatorio	L-16
<i>Pigmentaciones</i>	
Melanosis (postraumática, por fármacos, por enfermedad sistémica)	L-17
Pigmentación focal (mácula melanótica, nevo, tatuaje)	L-18
<i>Úlceras</i>	
Úlcera traumática	L-19
Úlcera recurrente menor	L-20
Úlcera recurrente mayor	L-21
Herpes recurrente	L-22
Gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA)	L-23
Úlcera sin causa	L-24
Aumento de volumen compatible con: hiperplasia fibrosa, mucocele, granuloma piógeno, papiloma, pulis fisurado, hiperplasia epitelial focal, hemangioma, fibromatosis gingival, pústula, granuloma o quiste apical, adenopatía	L-25
Aumento de volumen sin causa aparente	L-26
Otros: pénfigo, penfigoide, lengua saburral, indentada o pilosa, sialolitiasis, síndrome de boca ardorosa o de Sjögren, rênula, sialorrea, cicatriz, etcétera	L-27

A continuación describa: lesión elemental, número de lesiones, forma, tamaño, color, superficie, base, consistencia, sintomatología, etiología, naturaleza, evolución, tratamiento recibido, etcétera.

IV. Periodonto (tratamiento): _____

Códigos: P-1, gingivitis; P-2, periodontitis; P-3, pericoronitis; P-4, absceso periodontal; P-5, recesión gingival por traumatismo; P-6, traumatismo oclusal; P-7, otros

A continuación describa: el grado de inflamación, color, tamaño, edema, sangrado, lesión de furcación, medida promedio de recesión gingival y bolsas periodontales, movilidad dental, migración dental patológica, abrasión cervical, sintomatología, etiología, naturaleza, pronóstico y tratamiento recibido previamente.

V. Órganos dentarios y maxilares

Códigos de lesiones y anomalías dentarias

<i>Entidades</i>	<i>Códigos</i>
Caries y secuelas para tratamiento de: caries, rehabilitaciones defectuosas, edentulismo	D-1
Pulpitis reversible	D-2
Pulpitis irreversible	D-3
Absceso periapical	D-4
Maloclusión	D-5
Fractura dental por traumatismo	D-6
Abrasión dental patológica	D-7
Anomalías dentales: hipoplasia, fluorosis, amelogénesis, microdoncia, macrodoncia, supernumerarios, anodoncia, fusión, diversas alteraciones en la forma	D-8
Otros	D-9

A continuación describa: el número de órganos afectados, grado de las lesiones y sintomatología asociada, con respecto a las anomalías dentales y sintomatología asociada. En lo que se refiere a las anomalías dentales, especificar las características de forma, color y tamaño. En cuanto a las maloclusiones, señalar la relación molar y canina, desviación de línea media, mordida abierta anterior o posterior, sobremordida horizontal o vertical, mordida de borde a borde, cruzada anterior o posterior, giroversión, falta de espacio, etcétera.

VI. Impresión diagnóstica clínica estomatológica: Escriba **únicamente** el nombre de los diagnósticos:

En caso de biopsia:

Registro de número _____ Código de la lesión _____

Nombre y firma del cirujano dentista tratante

NOM-168-SSA1-1998, NUMERALES 6.1.3 y 7.1.6
NOM-013-SSA2-1994, NUMERAL 8.3.1 INCISO F

FORMATO 19 SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO

Fecha ____ / ____ / ____
Día Mes Año

Expediente núm. _____

Nombre del paciente _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Edad _____ Género _____ Folio _____

Favor de realizar los estudios siguientes:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Examen general de orina
- Grupo sanguíneo ABO y Rh
- RPR (VDRL)
- TP y TTP
- Ac. anti-VIH (ELISA)
- Ac. anti-VIH (western blot)
- Prueba inmunológica de embarazo
- Perfil de hepatitis A
- Perfil de hepatitis B
- Perfil de hepatitis C
- Perfil de hepatitis D

Otros _____

Diagnóstico de presunción _____

Nombre del C. D. solicitante _____

Cédula profesional _____

FORMATO 20 SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Nombre del paciente _____
 Apellido paterno _____ Apellido materno _____ Nombre(s) _____

Edad _____ Género _____ Estado civil _____

Nombre del solicitante _____

Dirección y teléfono del solicitante _____

Lesiones

Datos de la lesión

Mácula	Lesión
Pápula	Básica _____ Forma _____ Color _____
Nódulo	Número _____ Consistencia _____
Tumor	Tamaño _____ Base _____ Superficie _____
Vesícula	Sintomatología asociada _____
Ulceración	Localización(es) _____

Forma

Esferoidal _____
 Ovalada _____
 Mamelonada _____
 Imagen radiográfica _____

Consistencia

Blanda _____
 Firme _____
 Dura _____
 Fluctuante _____

Naturaleza probable de la lesión

Inflamatoria () Hiperplásica () Neoplásica (B) (M)
 Quiste () Malformación () Proceso degenerativo ()

Base

Otros (especifique) _____

Pediculada

Sésil _____ Vinculación sistémica Sí () No ()

Indurada

Especifique _____

Infiltrada

	Tiempo de evolución	Días ()	Semanas ()	Meses ()	Años ()
Sintomatología	Información adicional	_____			
Dolor		_____			
Prurito		_____			
Parestesia		_____			
Ardor	Impresión diagnóstica	_____			

Nombre y firma del cirujano dentista solicitante

NOM-013-SSA2-1994
 NUMERALES, 8.1, 8.1.2, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4

FORMATO 21 SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO

Núm. de citología _____ Fecha _____ / _____ / _____ Folio _____
 Día Mes Año

Nombre del paciente _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Nombre del solicitante _____

Teléfono del solicitante _____ Clínica _____

Datos de la lesión

Vesícula Úlcera Mácula Erosión

Otro _____ Color _____ Forma _____

Número _____ Dimensiones _____ Localización _____

Sintomatología _____

Vinculación sistémica (especifique) _____

Tiempo de evolución: Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años _____

Tinción: Por hematoxilina _____ PAS _____ Papanicolaou _____ Graccot _____

Otro _____

Impresión diagnóstica _____

Descripción ditológica _____

Diagnóstico citológico _____

 Firma del cirujano dentista solicitante

NOM-013-SSA2-1994, NUMERAL 8.3.1, INCISO F

FORMATO 22 SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Fecha ____/____/____ Folio _____ Expediente núm. _____
 Día Mes Año

Paciente _____ Edad _____ Género _____

Favor de realizar los estudios siguientes:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Dentoalveolar _____

Ortopantomografía _____

Adulto _____

Infantil _____

Aleta mordible _____

Lateral de cráneo _____

Adulto _____

Infantil _____

Oclusal _____

Cefalometría lateral _____

Superior _____

Inferior _____

Serie radiográfica _____

Metacarpal _____

Watters _____

Cadwell _____

AP de cráneo _____

Otros _____

Nombre y firma del C.D. _____

Cédula profesional _____

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA,
CAPÍTULO III, ARTÍCULOS 37, 64 Y 65

FORMATO 24 RECETA MÉDICA ODONTOLÓGICA

Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Expediente núm. _____

Nombre del paciente _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Edad _____ Género _____ Peso en kg _____

Fármaco _____
Nombre (comercial o genérico), forma farmacéutica (cápsulas, tabletas, suspensión, ampollitas); concentración mg.

Instrucciones _____
Vía de admón. Cantidad Intervalo Tiempo de admón.

Fármaco _____
Nombre (comercial o genérico), forma farmacéutica (cápsulas, tabletas, suspensión, ampollitas); concentración mg.

Instrucciones _____
Vía de admón. Cantidad Intervalo Tiempo de admón.

Fármaco _____
Nombre (comercial o genérico), forma farmacéutica (cápsulas, tabletas, suspensión, ampollitas); concentración mg.

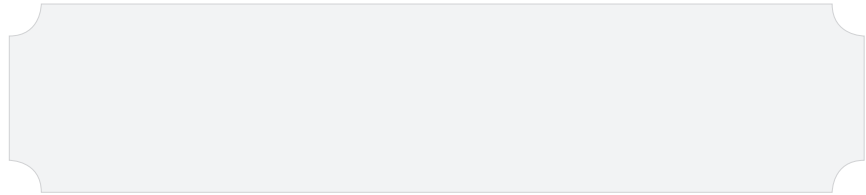
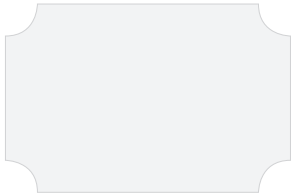
Instrucciones _____
Vía de admón. Cantidad Intervalo Tiempo de admón.

Nombre del cirujano dentista _____

Cédula profesional _____ Núm. de registro de especialidad _____

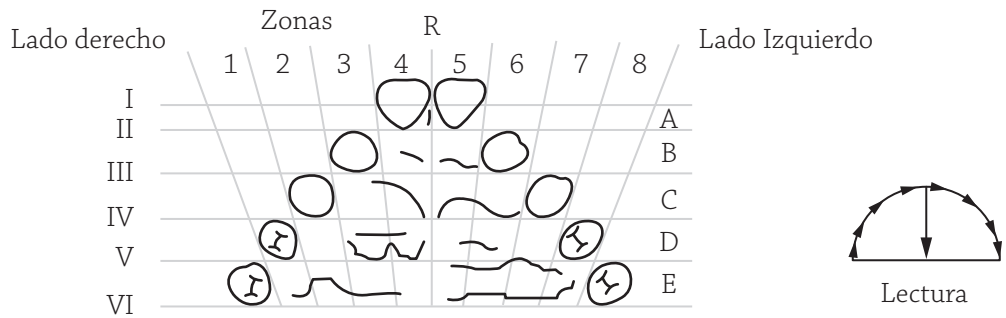
Licencia sanitaria _____

Firma _____



FORMATO 25 FICHA RUGOSCÓPICA Y/O PALATOSCÓPICA

Número de registro _____ Nombre _____
 Fecha _____ Sexo _____
 Forma de paladar _____ Fecha de nacimiento _____

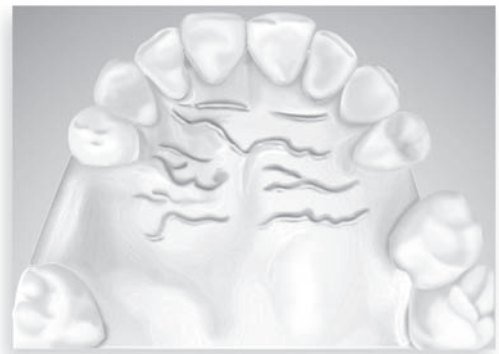


Designación rugoscópica

<i>Forma</i>	<i>Clasificación</i>	<i>Valor</i>
●	Punto	0
/	Recta	1
∪	Curva	2
∠	Ángulo	3
~	Sinuosa	4
○	Círculo	5
Y	Ye	6
C	Cáliz	7
P	Raqueta	8
*	Rama	9

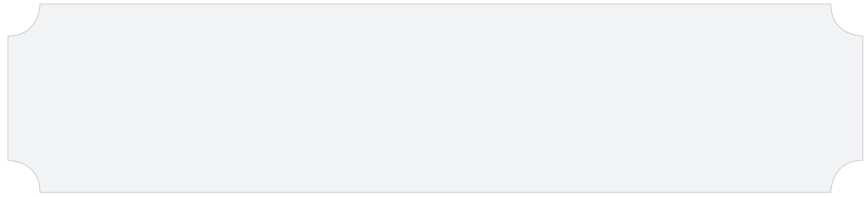
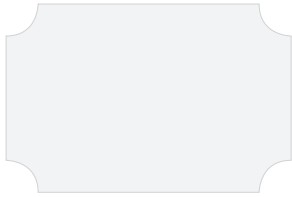
Clasificación rugoscópica (Basauri, 1961)

Fotopalatoscópica



C.D. _____

Firma _____



CON BASE EN EL REGLAMENTO DE LA LEY
 REGLAMENTARIA DEL ARTÍCULO 5o. CONSTITUCIONAL
 CAP. V (EJERCICIO PROFESIONAL) ARTÍCULOS 45,
 46, 49 Y 50

FORMATO 26

CONTRATO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS Y ODONTOLÓGICOS

El(la) que suscribe _____

En mi carácter de _____

En el establecimiento de atención médica-estomatológica (consultorio dental)

Privado _____ Público _____ Institucional _____

Con domicilio en _____

Es mi voluntad celebrar un contrato de tipo _____

con base en el *Código Civil para el Distrito Federal*, Título Décimo, del Contrato de Prestación de Servicios, Cap. II, de la Prestación de Servicios Profesionales, artículos 2606-2607, 2608, 2609, 2610 y 2615. Para lo cual de común acuerdo nos sometemos a cumplir las obligaciones que se generen, así como reconocer los derechos que se establecen en este convenio y llevar a cabo en mi persona la prestación de los servicios siguientes _____

A cargo del cirujano dentista tratante (facultativo) _____

Céd. prof. _____ Céd. prof. esp. _____ RFC _____

El acuerdo establecido en este contrato por ambas partes en tiempo, lugar, materiales, costos y pago de honorarios, así como la garantía de los tratamientos realizados con base en los medios, seguridad y resultados acordados en mi persona, quedan establecidos para su cumplimiento para ello de la siguiente manera y, de no ser así, se tendrá que responder conforme a la normativa establecida para ello.

<i>Fecha</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Costo</i>	<i>Pago</i>	<i>Firma</i>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

 Nombre y firma del prestador de servicio
 Conformidad

 Nombre y firma del paciente o usuario, padre, familiar o
 representante legal del servicio prestado
 Conformidad

**Código Civil para el Distrito Federal
(D.O.F. 1o. de septiembre 1932)**

**Para el Distrito Federal en materia común, para toda la República
en materia federal**

Capítulo II

De la prestación de servicios profesionales

Art. 2606. El que presta y el que recibe los servicios profesionales puede fijar, de común acuerdo, retribución debida para ellos.

Art. 2607. Cuando no hubiere habido convenio, los honorarios se regularán atendiendo conjuntamente a las costumbres del lugar, a la importancia de los trabajos prestados, a la del asunto o caso en que se prestaren, a las facultades pecuniarias del que recibe el servicio y a la reputación profesional que tenga adquirida el que lo ha prestado. Si los servicios prestados estuvieren regulados por arancel, éste servirá de norma para fijar el importe de los honorarios reclamados.

Art. 2608. Los que sin tener título correspondiente ejerzan profesiones para cuyo ejercicio la Ley exija título, además de incurrir en las penas respectivas, no tendrán derecho a cobrar retribución por los servicios profesionales que hayan prestado.

Art. 2609. En la prestación de servicios profesionales pueden incluirse las expensas que hayan de hacerse en el negocio en que aquellos se presten. A falta de convenio sobre su reembolso, los anticipos serán pagados en los términos del artículo siguiente, con el rédito legal, desde el día que fueron hechos, sin perjuicio de la responsabilidad por daños y perjuicios cuando hubiera lugar a ella.

Art. 2610. El pago de honorarios y de las expensas, cuando las haya, se harán en el lugar de la residencia del que ha prestado los servicios profesionales, inmediatamente que preste cada servicio, o al fin de todos, cuando se separe el profesor o haya concluido el negocio o trabajo que se le confió.

Art. 2615. El que preste servicios profesionales sólo es responsable hacia las personas a quienes sirve, *por negligencia, impericia o dolo*, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

**Reglamento de la Ley Reglamentaria, del artículo 5o. constitucional, relativo
a las "Profesiones en el Distrito Federal"
(D.O.F. del 1o. de octubre 1945)**

Art. 45. Salvo los casos en que la Ley indique expresamente lo contrario, los aranceles regirán únicamente para el caso en que no haya habido convenio entre el profesionista y su cliente, que regulen los honorarios.

Art. 46. Cuando no hubiere contrato celebrado y se trate de trabajos no comprendidos en los aranceles, la prestación de los servicios se regirán por la Ley particular aplicable al caso y, en su defecto, por la primera parte del artículo 2607 del *Código Civil para el Distrito Federal* en materia común y para toda la República en materia federal.

Art. 49. Cuando se contra vertiere el cliente y el profesionista sobre el servicio prestado por éste y el laudo arbitral o la resolución judicial que se pronuncie en su caso, fueren contrarios parcialmente al profesionista, las mismas resoluciones fijarán las bases de los honorarios que aquel debe percibir y las de los daños y perjuicios que resulten a su cargo.

Art. 50. No quedan sujetas a la Ley de prácticas que hagan los estudiantes como parte en sus encargos escolares y bajo la dirección y vigilancia de sus maestros.