

10 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO Y EDUCACIONAL

IDENTIFICACION	QUIMIOIA	AYUDA	OTROS
----------------	----------	-------	-------

1.1 DIAGNOSTICO		FECHA DE ASERTORIA		FECHA DE CONTROL		PROFESIONAL		CODIGO		NOMBRE COM	
CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

TRATAMIENTO

FECHA Y FECHA SION		NOTAS
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

PROCEDIMIENTOS

FECHA Y FECHA SION		FRANCOIAS	PROCDIMIENTOS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



O DONTOLOGIA

UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA BIENESTAR UNIVERSITARIO

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO		EDAD	N° HISTORIA CLÍNICA
			M	F		

MEJOR DE LA O	1 - AÑOS	2 - 9 AÑOS PROGRAMADO	3 - 14 AÑOS PROGRAMADO	4 - 19 AÑOS PROGRAMADO	5 - 10 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBAZAZADA
---------------	----------	-----------------------	------------------------	------------------------	-------------	------------------	------------

1. MOTIVO DE CONSULTA NOTAR LAS CAUSAS DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORME

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SÍNTOMAS, EPIDEMIOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, EXTENSIÓN, DURACIÓN, TRATAMIENTO, EVOLUCIÓN, PROGNÓSTICO

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIÓTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHUSIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HEMOFILIA	9. CÁNCER	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	--------------	-----------	----------

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA MIN	TEMPERAT. °C	F. RESPIRAT. MIN
------------------	-------------------------	--------------	------------------

5. EXÁMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO CONTINUAR EN LA VERSIÓN DEL INFORME

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. TORSO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

6. ODONTOGRAMA AZUL: TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO: PAT. ORAL ACTUAL (FORMAS DEL MENÚ A SU DERECHA CON EL CÉDULO CORRESPONDIENTE) MOVILIDAD: RECEPCIÓN: MARCAR 1, 2, 3 O 4 APLICAR APLICAR SOBRE LA COMA DELA TERCERA

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANGULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LINGUAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIBULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES	PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS			
		0-1-2-3	0-1-2-3	0-1	LEVE	ANGLE I
				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
				SEVERA	ANGLE III	SEVERA

8. INDICES CPO - ceo

	c	p	o	TOTAL
D				
d	c	e	o	TOTAL

9. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

* ₁₃₀	SELLANTE NECESARIO	⊗	PERIODA (OTRA CAUSA)	⊞	PRÓTESIS TOTAL
* ₁₂₀	SELLANTE REALIZADO	△	ENDONUCLEA	⊠	CORONA
✓	EXTRACTO INDICADA	□	PRÓTESIS Fija	○	OSTEORRADI