



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

CÓDIGO N° (C.I.) _____ FECHA: ____/____/____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDOS: _____ NOMBRES: _____

C.I.: _____ EDO. CIVIL: _____

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

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

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

PARENTESCO: _____ TELÉFONO: _____

RECIBIDO POR _____

**HISTORIA CLÍNICA
PARTE I**

DATOS PERSONALES:

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

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

PROFESIÓN U OCUPACIÓN: _____ GRUPO SANGUINEO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL: _____

PARTE II

ANTECEDENTES PERSONALES:

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

PIEL

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

OBSERVACIONES _____

SISTEMA INMUNOLÓGICO

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

OBSERVACIONES: _____



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

FICHA SOCIOECONÓMICA

GRADO DE INSTRUCCIÓN

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

Datos del Paciente

Nombre: _____

C.I.: _____

DESEMPLEADO _____ TRABAJA POR SU CUENTA _____ TRABAJA PARA OTROS _____

LUGAR DE TRABAJO

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

DIRECCIÓN DEL TRABAJO: _____

TELÉFONO _____

TOTAL MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR:

1. UNO A TRES
2. CUATRO A SEIS
3. SIETE A NUEVE
4. DIEZ ó MAS

TIPO DE TRANSPORTE:

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

DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR CUANTOS

TRABAJAN: _____ ESTUDIAN: _____

INGRESO MENSUAL DEL GRUPO FAMILIAR:

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

INGRESO MENSUAL DEL PACIENTE

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

TIPO DE VIVIENDA

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

LA VIVIENDA DONDE VIVE ES:

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

POSEE LOS SERVICIOS BÁSICOS SIGUIENTES:

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

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

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

MAÑANA: _____ TARDE: _____

FIRMA DEL PACIENTE

ALUMNO

FECHA

OIDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Disfagia | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Epistaxis | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Rinitis |
| <input type="checkbox"/> Xerostomía | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |
- OBSERVACIONES: _____
-

RESPIRATORIO

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma (última crisis) | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Esputo |
| <input type="checkbox"/> Disnea | <input type="checkbox"/> Tos con hemoptisis | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
- OBSERVACIONES: _____
-

CARDIOVASCULAR

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial sistémica | <input type="checkbox"/> Infarto | <input type="checkbox"/> Angina de pecho |
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Desvanecimiento | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Endocarditis bacteriana | <input type="checkbox"/> Chagas |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Cardiopatías congénitas | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía adquirida | <input type="checkbox"/> Valvulopatía | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
- OBSERVACIONES: _____
-

GASTROINTESTINAL

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico | <input type="checkbox"/> Acidez |
| <input type="checkbox"/> Diarrea (+de 3 estado líquido) | <input type="checkbox"/> Melena | <input type="checkbox"/> Parasitosis |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |
- OBSERVACIONES: _____
-

GENITOURINARIO

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Disuria | <input type="checkbox"/> Poliuria | <input type="checkbox"/> Hematuria |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinaria | <input type="checkbox"/> Úlceras genitales | <input type="checkbox"/> Color inusual en la orina |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |
- OBSERVACIONES: _____
-

ENDOCRINO

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Uso de esteroides | <input type="checkbox"/> Intolerancia a la glucosa | <input type="checkbox"/> Polidipsia |
| <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Polifagia | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
- OBSERVACIONES: _____
-

RENAL

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Litiasis renal | <input type="checkbox"/> Cólico renal |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Otros: _____ | |
- OBSERVACIONES: _____
-

HEPÁTICO

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (Tipo) | <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |
- OBSERVACIONES: _____
-

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

- | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Ruidos articulares | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Artralgia | <input type="checkbox"/> Limitación funcional | <input type="checkbox"/> Edemas |

- Mialgia Ostealgia Osteopenia Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

NEUROLÓGICO

- Cefalea Mareo Pérdida de memoria
 Parálisis Evento cerebro vascular Convulsiones
 Disartria Adormecimiento/hormigueo Epilepsia
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

PSICOLÓGICO

- Depresión Ansiedad Estrés
 Fobias Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

SANGUÍNEO O LINFÁTICO

- Anemia Adenopatías Esplenomegalia
 Hematomas espontáneos Transfusiones de sangre Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

HORMONALES

- Menstruación Dismenorrea Menopausia
 Tratamiento hormonal (THR) Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

OBSTÉTRICOS

- Embarazos Abortos

OBSERVACIONES: _____

GINECOLOGICOS

- Histerectomía Oforectomía

OBSERVACIONES: _____

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- VPH Gonorrea Sífilis VIH
 Sexarquia # de parejas Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

VIRALES

- Varicela Sarampión Rubeola
 Herpes Mononucleosis Citomegalovirus
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

NEOPLÁSICOS

- Tumores

OBSERVACIONES: _____

QUIRÚRGICOS

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

TRAUMÁTICOS

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

HOSPITALIZACIONES (fecha y motivo): _____

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

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

HÁBITOS

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

MEDICAMENTOS

¿Está tomando actualmente algún tipo de medicamento? SI NO

Cuales? _____

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

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

OBSERVACIONES: _____

PARTE III
EXAMEN ESTOMATOLÓGICO
EXAMEN CLINICO INTRABUCAL

PARALADAR DURO

- Normal Lesiones Mucosa Normal
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

PARALADAR BLANDO

- Normal Lesiones Mucosa Normal
- Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

LENGUA Y PISO DE BOCA

- Normal Lesiones Mucosa Normal
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

LABIOS, ANGULOS Y MUCOSA BUCAL

- Normal Lesiones Mucosa normal
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

CARRILLOS DERECHO E IZQUIERDO

- Normal Lesiones Mucosa normal
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

ENCIAS

- Normal Lesiones Mucosa Normal
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fenotipo Grueso | <input type="checkbox"/> Alteraciones de tamaño |
| <input type="checkbox"/> Fenotipo delgado | <input type="checkbox"/> Alteraciones de Contorno |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones de color | <input type="checkbox"/> Factores etiológicos: |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones de consistencia | <input type="checkbox"/> Placa bacteriana |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones de textura | <input type="checkbox"/> Calculo dental |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones de Posición | |

- Factores contribuyentes:
- Sobre obturación
 - Prótesis defectuosa
 - Sialorrea
 - Xerostomía
 - Halitosis

Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

DEFORMIDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

- Normal Secreciones
 Apertura bucal Pigmentaciones
 Lesiones
 Neoplasias
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES Y MENORES

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

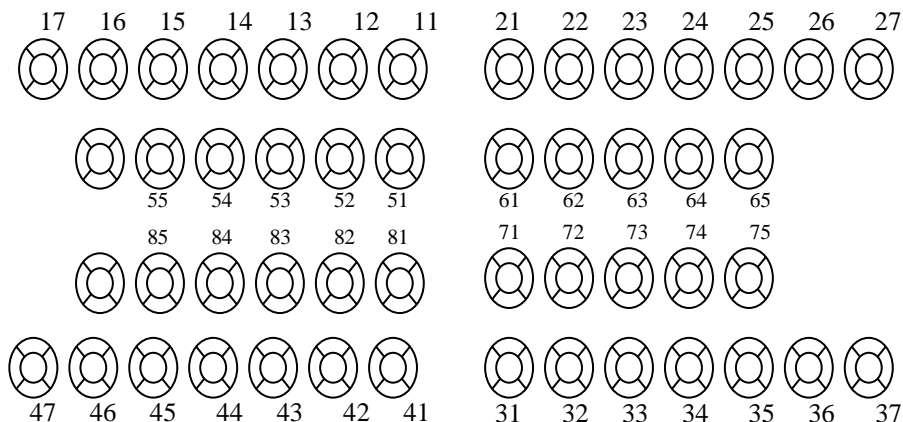
OBSERVACIONES: _____

MAXILAR Y MANDIBULA

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO



C	E	Ei	O	S
CPO =				

c	ei	o	s
ceo =			

13: _____ 23: _____
 12: _____ 22: _____
 11: _____ 21: _____
 16: _____ 26: _____
 PMA: _____

16/55		11/51		26/45		46/85		31/71		36/75	
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
C	M	C	M	C	M	C	M	C	M	C	M
A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
IC + IMA :IHOS						IHOS:					

UNIDADES DENTARIAS

- Lesiones incipientes: _____
- Lesiones moderadas: _____
- Lesiones avanzada: _____
- Lesiones con compromiso pulpar: _____
- Lesiones no cariosas:
 - () Nivel cervical: _____
 - () Nivel oclusal: _____
 - () Nivel incisa: _____

- Dolor: _____
- Movilidad: _____
- Restauraciones en buen estado: _____
- Restauraciones defectuosas: _____
- Cambio de coloración: _____
- Dientes tratados endodónticamente: _____

- Ausencias dentarias: _____
- Dientes supernumerarios: _____
- Mal posición dentaria: _____
- Giroversion: _____
- Diastemas: _____
- Exodoncias indicadas: _____
- Agenesia: _____
- Otros: _____

Terceros molares:

- Ausentes: _____
- Presentes: _____
- Erupcionados: _____
- Incluidos: _____
- Semi incluidos: _____
- Cariados: _____

OBSERVACIONES: _____

PARTE IV
EXAMEN CLINICO EXTRABUCAL

CADENA GANGLIONAR

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

MUSCULOS MASTICATORIOS

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

EXAMEN DE PARES CRANEALES

- Normal Alteraciones
 Otros: _____

OBSERVACIONES: _____

SIGNOS VITALES

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

OBSERVACIONES: _____

PESO, TALLA, INDICE DE MASA CORPORAL:

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

OBSERVACIONES: _____

FIRMA DEL ALUMNO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FECHA: ____ / ____ / ____

PARTE V

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL: _____

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS: _____

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

1.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____
 ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

2.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____
 ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

3.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____
 ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

4.- AREA CLINICA _____ FECHA: ____/____/____
 ELABORADO POR: (Docente y alumno) _____
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

EGRESO DEL PACIENTE:

Diagnóstico definitivo dado: _____

Intervención o tratamiento realizado: _____

Anatomía patológica: _____

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

REALIZADO POR: (Docente y alumno) _____

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Tratante
(Docente/Estudiante Postgrado)

Nombre del Estudiante

C.I. _____

C.I. _____

C.I. _____