

<u>Ficha de identificación</u>			Clave _____
Nombre	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres
Género	Fecha de nacimiento		
Masculino Femenino	Día Mes año		
Domicilio	_____	_____	_____
	Calle	No. Exterior	No. Interior Colonia
	_____	_____	_____
	Ciudad	Estado	País CP
	_____	_____	_____
	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
	_____	_____	_____
	Ocupación	Estado Civil	
	_____	_____	

<u>Antecedentes Heredo-familiares</u>	
Padecimientos de familiares en línea directa	
Familiar	Padecimiento
Madre:	_____
Padre:	_____
Hermano:	_____
Hijos:	_____
Esposa(o):	_____

<u>Antecedentes Personales no Patológicos</u>	
Hábitos: higiénicos: vestuario y corporales	
¿Con que frecuencia se baña?	_____
¿Con que frecuencia visita al médico?	_____
	Fecha de la última visita
¿Con que frecuencia visita al dentista?	_____
	Fecha de la última visita
¿Con que frecuencia se lava los dientes	_____
Utiliza auxiliares de higiene bucal	_____
	si no Cuales
Grupo sanguíneo _____	¿Cuenta con cartilla de vacunación?
	si no
¿Tiene esquema de vacunación completo?	_____
	si no Observaciones
Alergias: _____	Antibióticos, analgésico, anestésico, alimento (especificar)
¿Ha sido hospitalizado?	_____
	si no Fecha Motivo

<u>Autorizaciones</u>	

Paciente y/o acompañante	
Reconozco que se me ha explicado el contenido de esta historia clínica, de tal forma que entiendo los términos médicos; la información es verídica para utilizarse en la conservación y restauración de mi salud. En caso de ser menor, discapacitado ó no saber leer y escribir, será un acompañante el que firme la historia clínica.	

Catedrático responsable	

Alumno receptor	

<u>Antecedentes Personales Patológicos</u>	
Enfermedades inflamatorias e infecciosas	_____
Enfermedades de transmisión sexual:	_____
Enfermedades degenerativas:	_____
Enfermedades neoplásicas:	_____
Enfermedades congénitas:	_____
Otras:	_____
Tabaco, alcohol otras sustancias psicoactivas	_____

Padecimientos actuales

Aparato digestivo: (disfagia, náuseas, vómito, diarrea crónica, pirosis, hematemesis, ictericia.)

Si	NO	
		Observaciones

Aparato cardiovascular (dolor precordial, fosfenos, lipotimia, taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión, acufenos, disnea, cefalea, mareos.)

Si	NO	
		Observaciones

Aparato respiratorio (disnea, tos, dolor torácico, sibilancias, esputo, hemoptosis)

Si	NO	
		Observaciones

Aparato genitourinario (incontinencia, dolor lumbar, disuria, hematuria, edema, nicturia, poliuria.)

Si	NO	
		Observaciones

Sistema endocrino (poliunaria, polidipsia, polifagia, exoftalmos, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o calor)

Si	NO	
		Observaciones

Sistema hematopoyético (hemorragia, epistaxis, hematuria, hematemesis, petequias, equimosis, adenopatías)

Si	NO	
		Observaciones

Sistema nervioso (convulsiones, cefalea, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor.)

Si	NO	
		Comentario

Sistema musculoesquelético: (deformidad articular, dolor articular, limitación de movimiento.)

Si	NO	
		Comentario

Aparato tegumentario (cambio de color de piel, erupción, prurito, hiperhidrosis, pérdida de pelo o vello. cutis seco.)

Si	NO	
		Comentario

Exploración Física

1. Signos vitales

Temperatura _____
Medición

tensión arterial _____
Medición

Frecuencia cardiaca _____
Medición

Frecuencia respiratoria _____
Medición

Peso _____
Medición

Talla _____
Medición

Complexión _____
Medición

¿Se sabe embarazada? _____
SI NO

¿Cuántas semanas de gestación? _____
Semanas

Fecha de la última menstruación _____
Fecha

¿Cuántos embarazos a tenido? _____
Número

Número de abortos _____
Número

2. Exploración de cabeza y cuello

Cabeza _____

Cuello: _____

Cara: _____

3. Exploración de Tejidos blandos

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

Ganglios

Si No

Observaciones

Glándulas salivales

Si No

Observaciones

Labio externo

Si No

Observaciones

Borde bermellón

Si No

Observaciones

Labio interno

Si No

Observaciones

Ítmo

Si No

Observaciones

Bucofaringeo

Si No

Observaciones

Piso de la boca.

Si No

Observaciones

Mucosa alveolar.

Si No

Observaciones

Encía.

Si No

Observaciones

4. Exploración del sistema estomatognático

La exploración del sistema estomatognático en esta historia clínica es un primer acercamiento para determinar el estado de salud. Si hubiera necesidad de profundizar en la búsqueda de signos y síntomas, habrá que remitirse al formato correspondiente

Articulación Temporomandibular.

Si No

Observaciones

Ruido

Si No

Observaciones

Chasquidos

Si No

Observaciones

Crepitación

Si No

Observaciones

Dificultad para abrir la boca

Si No

Observaciones

Dolor a la abertura ó lateralidad

Si No

Observaciones

Fatiga o dolor muscular

Si No

Observaciones

Disminución de la abertura

Si No

Observaciones

Desviación a la abertura/ cierre

Si No

Observaciones

5. Estudios de gabinete

Estudios de gabinete con fecha anterior a esta historia clínica

Estudios de gabinete con fecha posterior a esta historia clínica

Estudios realizados	Fecha	Resultados obtenidos

Estudios	Fecha	Resultados obtenidos

Notas de interconsulta

Notas de referencia ó traslado

Calidad en la que se otorga el consentimiento

Como paciente

Como responsable del paciente.

(Padre ó madre si es menor, representante legal, familiar u otras personas que figuren como tales en la historia clínica odontológica)

Nombre completo del paciente

Nombre completo del representante del paciente

Testigo 1

Testigo 2

Nombre completo del Testigo 1

Nombre completo del Testigo 2

Miembros del equipo de salud bucal

Responsable del campo clínico

Alumno del campo clínico

Nombre completo del Testigo 1

Nombre completo del Testigo 2