



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO



HISTORIA CLÍNICA, EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO No. 00000000-1

Lugar de realización: _____ Fecha: ____/____/____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____
Teléfono fijo: _____ Móvil: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Domicilio: _____ Estado: _____ C.P.: _____
Sexo: _____ Estado civil: _____ Tipo sanguíneo: _____ Tipo de interrogatorio: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Tipo y folio de identificación: _____

2. ENTORNO Y HÁBITOS

Tipo de Habitación: _____ # de Cuartos: _____ # de Habitantes: _____ Personas en misma habitación: _____
de Ingestas por semana: Leche: _____ Carne: _____ Huevo: _____ Frutas: _____ Verduras: _____ Leguminosas: _____ Cereales: _____
de Comidas por día: _____ # Semanal de Baño: _____ Cambios de ropa: _____ # Diario de Cepillado: _____ Hilo: _____ Enjuague: _____

3. MOTIVO (S) DE LA CONSULTA

4. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Vacunas: BGC: _____ Hepatitis C: _____ Pentavalente: _____ DPT (difteria, tosferina, tétanos): _____ Rotavirus: _____ Neumocócica: _____ RS (sarampión, rubéola): _____
Influenza: _____ SRP (sarampión, rubéola, meningitis): _____ Sabin: (poliomielitis): _____ Papiloma: _____ Otra: _____ (especificar): _____

Hábitos tóxicos:

Alcohol: _____ Ex bebedor: _____ Años de uso: _____ Último uso: ____/____/____
Tabaco: _____ Ex fumador: _____ Años de uso: _____ Último uso: ____/____/____
Estupefacientes: _____ Ex consumidor: _____ Años de uso: _____ Último uso: ____/____/____

Alergias: (especificar)

Medicamentos y fármacos: _____

Actividad y preferencia sexual:

5. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Enfermedad (es) y parentesco: _____

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedad (es) y tiempo de evolución: _____

Enfermedades propias de la infancia: Amigdalitis: _____ Escarlatina: _____ Fiebre reumática: _____ Hepatitis A,B,C: _____ Influenza: _____ Parotiditis: _____
Poliomielitis: _____ Roséola: _____ Rubéola: _____ Sarampión: _____ Tuberculosis: _____ Varicela: _____ Otra: _____ (especificar): _____

Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años: _____ Ha sido intervenido quirúrgicamente: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____
Ha tenido experiencias dentales desagradables: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____
Ha sufrido traumatismos: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____
Ha recibido alguna transfusión: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____
Ha recibido trasplantes o injertos: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____
Le han implantado algún material: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____

Revisión por aparatos o sistemas. (Anotar enfermedades o lesiones, o en su defecto "Ninguna alteración").

Auditivo: _____
Cardiovascular: _____
Digestivo: _____
Endocrino: _____
Genitourinario: _____
Hemolinfático: _____
Músculo esquelético: _____
Nervioso: _____
Ocular: _____
Respiratorio: _____
Tegumentario: _____
Reproductor femenino: Embarazo: _____ No. de semanas: _____ Abortos: _____ Lactancia: _____ Uso de anticonceptivos: _____ Menopausa: _____
Fecha de último regla: ____/____/____ anomalías en ciclo menstrual: _____ Realización de Papanicolaou: _____ Fecha de última realización: ____/____/____

7. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos vitales: Pulso: _____ x Frecuencia respiratoria: _____ x Tensión arterial: ____/____ Talla: _____ cm Peso: _____ Kg

ETIQUETA

Inspección general: Marcha: _____ Movimientos anormales: _____ Facies: _____
 Complejión: _____ Posición: _____ Cuidado personal: _____

Cabeza y cuello: Cara: _____ Cráneo: _____ Cuello: _____
 Naríz: _____ Oídos: _____ Ojos: _____

Cavidad Bucal:
 Presencia de lesión (es): _____ Localización: _____ Forma: _____ Color: _____ Superficie: _____
 Bordes: _____ Consistencia: _____ Base: _____ Tiempo de evolución: _____ / _____

Alteraciones Dentales NO cariosas: (especificar y tiempo de evolución): _____

Alteraciones de CATM: Dolor: _____ Dificultad o incapacidad al abrir: _____ Ruidos articulares: _____ Desviación mandibular: _____ Edema: _____

Odontograma:

PERIODONTO	Diente permanente	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	PERMANENTE / DECIDUO 0 Sano 1 Cariado (incluye RR) 2 Fractura 3 Obturado con caries 4 Obturado sin caries 5 Perdido por caries 6 Perdido por otras causas 7 Sellador de fosetas y fisuras 8 Sin erupcionar 9 Soporte de prótesis - No aplica
	Periodonto																	
	Diente deciduo	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65							
	Periodonto																	
	Diente deciduo	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							
	Periodonto	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	Diente permanente																	

8. EXPLORACIÓN RADIOGRÁFICA
 Tipo de radiografía: _____ Presencia de lesión: _____ Tipo de lesión: _____ Bordes: _____ Única o múltiple: _____
 Localización: _____ Relación con órganos dentales: _____ Relación a proceso carioso: _____ Pérdida ósea: _____

9. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO SISTÉMICO

10. PADECIMIENTO BUCAL ACTUAL

11. INTERCONSULTA
 A QUIEN SE DIRIGE: _____
 Causa y/o petición: _____

12. RUTA CLÍNICA

1. _____	5. _____
2. _____	6. _____
3. _____	7. _____
4. _____	8. _____

13. AUTORIZACIONES

He leído y entiendo la información que he proporcionado, por lo que me responsabilizo de la cantidad y veracidad de los datos. Estoy en completa satisfacción sobre las respuestas otorgadas, deslindando al Alumno, Profesor y Facultad de Odontología de algún error u omisión por mi parte para completar esta historia clínica.

 (Clave) y nombre del profesor

 Firma

 Nombre del Paciente o Tutor (relación)

Tipo de identificación: _____

 No. de cuenta y nombre del alumno

 Firma

 Folio de Identificación: _____

 Firma o huella dactilar