



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA GENERAL



FECHA: ____/____/____
Día Mes Año

N° de CARNET: ____/____/____/____
Número Grupo Clínica Turno

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente: _____		Edad: _____	Sexo: _____	
Apellido paterno; Apellido materno; Nombre (s)		Años y/o meses	M o F	
Domicilio: _____				
Calle	N°	Colonia	Código postal	Delegación o estado
Teléfono: _____		Estado civil: _____		Ocupación: _____
Celular/Domicilio		Soltero/casado/viudo/divorciado/etc.		Ama de casa/empleado/obrero/etc.
Escolaridad: _____		Lugar de nac.: _____		Interrogatorio: _____
Especificar grado escolar si existe		Entidad federativa o país		Directo o Indirecto

2. PADECIMIENTO ACTUAL ODONTOLÓGICO.

<p>Debe anotarse en este inciso la causa dental por la cual asiste el paciente. Señalar la fecha de inicio y después hacer la descripción de cada síntoma en orden cronológico; duración, periodicidad, intensidad, localización, irradiación, relación con los alimentos, movimientos, factores que lo calman y lo aumentan. Estudios realizados, diagnósticos anteriores, terapéutica empleada y respuesta a la misma.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>						

3. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Mencionar la sintomatología que puede tener el paciente en el MOMENTO ACTUAL, no la del pasado.							
<p>DIGESTIVO: Disfagia, odinofagia, hiporexia, polifagia, pirosis, regurgitación, eructos, náusea, vómito, dolor abdominal, flatulencia, distensión abdominal, hematemesis, melena, diarrea, estreñimiento, prurito anal, sangrado anal, tolerancia a los alimentos, ictericia, otras.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>						
<p>RESPIRATORIO: Rinorrea, epistaxis, obstrucción nasal, estornudos, disfonía, tos, expectoración, disnea, cianosis, hemoptisis, dolor torácico, otras.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>						
<p>CARDIOVASCULAR: Palpitaciones, disnea, cianosis, dolor precordial, edema, síncope, tolerancia al ejercicio, otras.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>						
<p>ENDOCRINO: Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de vello axilar o púbico, hirsutismo, ginecomastia, cambios de voz, tolerancia a frío o calor, crecimiento estatural (facial, manos, pies) lento o rápido, variación de peso corporal, diaforesis, sequedad cutánea, nerviosismo, temblor, hiperactividad, acumulo anormal de grasa, acné, exoftalmos, libido, otras</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td></tr> </table>						

<p>HEMOLINFÁTICO: Petequias, equimosis, hematomas, sangrado espontáneo de mucosas (epistaxis, gingivorragias, hematemesis, melena, hematuria), sangrado prolongado de heridas, edema, adenomegalias, palidez, cianosis, otras.</p>	
<p>GENITOURINARIO: Poliuria, polaquiuria, hematuria, disuria, nicturia, dolor lumbar, incontinencia urinaria, urgencia urinaria, expulsión de cálculos, escurrimiento uretral, preferencia sexual, otras.</p>	
<p>ADEMÁS, EN MUJERES: Leucorrea, dismenorrea, prurito vaginal, fecha de última menstruación, menorragia amenorrea, embarazo, otras.</p>	
<p>NERVIOSO: Paresia, parestesia, motilidad general, temblores, cefalea, vértigo, convulsiones, diplopia, visión borrosa, escotomas, audición, tinitus, insomnio, angustia, depresión, memoria, atención, afectividad, delirios, otras.</p>	
<p>MÚSCULO ESQUELÉTICO: Artralgias, artritis, deformidad articular, limitación del movimiento articular, chasquidos articulares, fuerza muscular, atrofia muscular, otras.</p>	
<p>TEGUMENTARIO: Máculas, pápulas, vesículas, ampollas, ronchas, úlceras, prurito, diaforesis, sequedad cutánea, caída de vello o pelo, descamación cutánea, deformidad de uñas, otras.</p>	

4. SÍNTOMAS GENERALES.

<p>Hiporexia o anorexia, fiebre, astenia, adinamia, diaforesis, calosfríos, pérdida de peso corporal.</p>	
---	--

5. ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

<p>Etiología y edades de morbi-mortalidad</p>	
<p>Abuelos, padres, hijos, cónyuge, hermanos, colaterales y convivientes. Diabetes, tuberculosis, obesidad, neoplasias, cardiopatía, hipertensión, artritis, hemofilia, alergias, padecimientos mentales, epilepsia, alcoholismo, adicciones otras.</p>	

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS (en orden cronológico).

<p>NEONATALES (0-12 meses): Embarazo: duración durante su gestación, radiaciones, fármacos e infecciones. Parto: duración, atención médica, condiciones al nacimiento (llanto, cianosis).</p>	
<p>ENFERMEDADES DE LA INFANCIA (1-11 años): Sarampión, rubéola, varicela, escarlatina, tuberculosis, fiebre reumática, cardiopatías, epilepsia, hepatitis, amigdalitis, hemorragias otras.</p>	

ENFERMEDADES DE JÓVENES (12-26) Y ADULTOS (27-59 años): Enfermedades de transmisión sexual, hipertensión, accidentes cerebro vasculares, infarto de miocardio, nefropatías, úlcera péptica, endocrinopatías, otras	
QUIRÚRGICOS: Cirugía bucal, apendicectomía, amigdalectomía, histerectomía, otros. Fecha, tipo de anestesia, complicaciones, secuelas.	
TRAUMÁTICOS: Caídas, fracturas, heridas, quemaduras. Fecha, evolución, secuelas.	
TRANSFUSIONALES: Fecha, causas, producto transfundido, tipo (allogénica/autóloga) reacciones.	
ALÉRGICOS: Medicamentos, alimentos, pólenes, cosméticos, productos dentales, pelo de animales, antisueros, otros.	
ADICCIONES (frecuencia): Alcohol, tabaco, vapeadores, marihuana, cocaína, opioides, fentanilo, anfetaminas, otros	
GINECO OBSTÉTRICOS: Menarca, menstruación (ritmo), inicio de actividad sexual, embarazos, partos, abortos, cesáreas, menopausia.	

7. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

HABITACIÓN: Número de habitantes, número de habitaciones, tipo de construcción, iluminación, ventilación, servicios (agua, gas, electricidad, drenaje) animales.	
ALIMENTACIÓN (menú habitual semanalmente): Número de comidas al día, cantidad de líquidos ingeridos (tipo), frecuencia con que come: leche, carne, huevos, frutas, leguminosas, verduras, cereales, alimentos entre comidas (tipo).	
Niños: alimentación al pecho materno u otra leche (tiempo, tipo), ablactación.	
HIGIENE: Frecuencia de baño general, cambio de ropa, lavado de manos, higiene oral (tipo de cepillo, técnica de cepillado, hilo dental, enjuagues).	
INMUNIZACIONES (Esquema Nacional de Vacunación): Poliomielitis, tuberculosis, DPT (difteria, tosferina, tétanos), triple viral (sarampión, rubeola, parotiditis), hepatitis B, COVID-19, influenza, otros .	
DEPORTES: Especificar la actividad deportiva, frecuencia, tiempo de práctica.	
PASATIEMPOS Y HOBBIES:	

8. EXÁMENES, TERAPÉUTICA Y DIAGNÓSTICOS.

Anotaciones relacionadas con su padecimiento actual y anteriores.

Enumerar todos los estudios realizados, con fecha y resultados en los últimos **seis meses**.

Anotar los fármacos que ha recibido o esté recibiendo (tiempo de administración, dosis, resultados), otras terapéuticas empleadas (acupuntura, psicoterapia, herbolaria, etc.).

Anotar los diagnósticos previos y recursos auxiliares de diagnóstico que se emplearon.

Especificar si se realizaron en instituciones públicas o privadas.

9. EXPLORACIÓN FÍSICA.

Signos vitales:

Tensión arterial: **brazo derecho** _____ / _____ **brazo izquierdo** _____ / _____ Pulso: _____ X'

Frecuencia respiratoria: _____ X' Temperatura: _____ °C

Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm **Índice de masa corporal (IMC):** _____ = _____
(especificar)

Riesgo anestésico (ASA): _____

INSPECCIÓN GENERAL:

Género, edad aparente, marcha, facies, actitud, constitución, complexión, movimientos anormales, estado de la conciencia, actitud psicológica, cuidado personal, cooperación.

EXPLORACIÓN DE CABEZA:

Cráneo: forma y volumen, exostosis, hundimientos, cabello (brillo, fragilidad, color, alopecia).

Cara: color de la piel (ictericia, palidez, cianosis, rubicundez), nevos, Petequias, efélides, hirsutismo, acné, neoformaciones.

Ojos: pelo de cejas y pestañas, aberturas palpebrales, epicanto, ptosis, exoftalmos, conjuntivas, tamaño de pupilas, reflejos a la luz, cornea, uso de lentes (especifique uso).

Nariz: forma, volumen, tabique nasal, mucosa, secreciones.

Oídos: otalgia, otorragia, otorrea, hipoacusia, acúfenos, tinitus.

Orejas: implantación, forma.

Cuello: tamaño, forma, volumen, movilidad, contracturas, puntos dolorosos. Ingurgitación yugular, cadenas ganglionares, posición de la traquea, movimiento traqueal a la deglución, glándula tiroides.

10. DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN SISTÉMICO.

Anotar en este apartado el o los diagnósticos médicos de presunción o en su caso, los juicios acerca del estado de salud del paciente.

11. EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL.

Utilizar los métodos de exploración (inspección, palpación), anotando lesiones elementales, condiciones y variaciones de lo normal:

Labios: color, forma, volumen, humedad, textura, consistencia, movilidad, salida de saliva de glándulas menores.

Carrillos: color, textura, humedad, consistencia, conductos parotídeos, salida de saliva de glándulas salivales.

Vestíbulos: color, textura, humedad, consistencia, frenillos.

Lengua: color, forma, volumen, humedad, consistencia, movilidad, papilas, gusto, frenillo, vasos raninas.

Piso de boca: color, textura, humedad, consistencia, conductos salivales.

Paladar: color, textura, humedad, consistencia, úvula, pilares anteriores.

12. DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN DE LA CAVIDAD ORAL.

Anotar en este apartado el o los diagnósticos de presunción o en su caso, los juicios acerca del estado de salud de la cavidad oral del paciente [lesiones elementales, condiciones y variaciones de lo normal].

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	NOMBRE DEL PROFESOR	NOMBRE PACIENTE, O TUTOR
FIRMA	FIRMA	FIRMA

Nombre del estudiante _____ Fecha _____ Fase _____

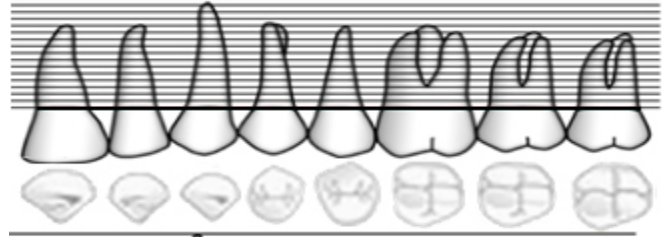
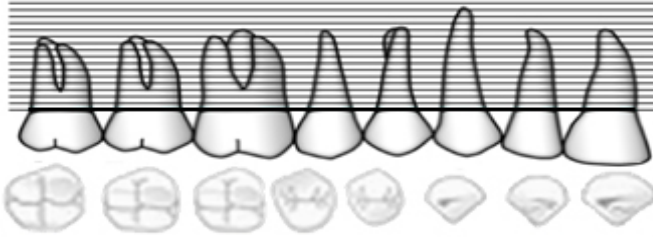
Nombre del paciente _____ No. de Carnet _____ Edad _____

SUPERIOR

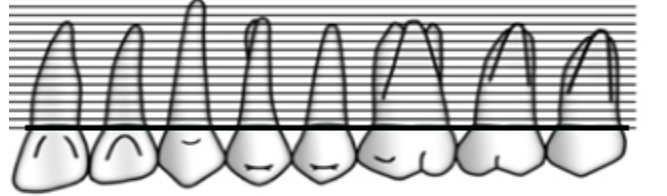
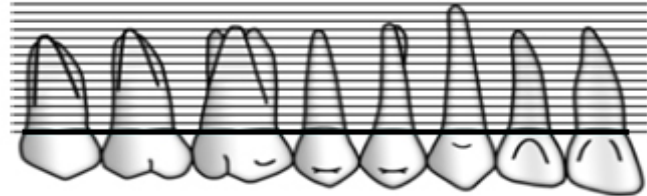
	18	17	16	15	14	13	12	11
PB								
UCE								
NI								
SS/S								
MOV								
TQ								

	21	22	23	24	25	26	27	28

Vestibular



Palatino



	18	17	16	15	14	13	12	11
PB								
UCE								
NI								
SS/S								

	21	22	23	24	25	26	27	28

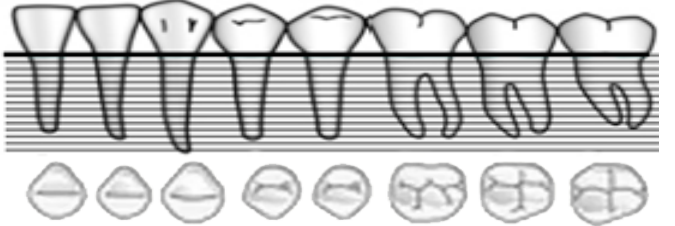
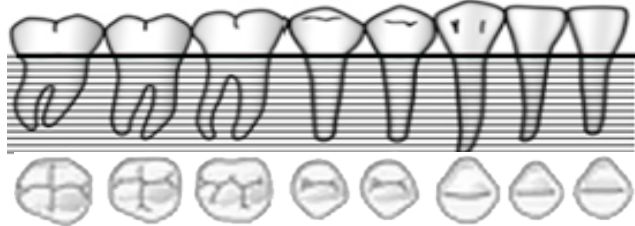
DERECHA

	48	47	46	45	44	43	42	41
PB								
UCE								
NI								
SS/S								

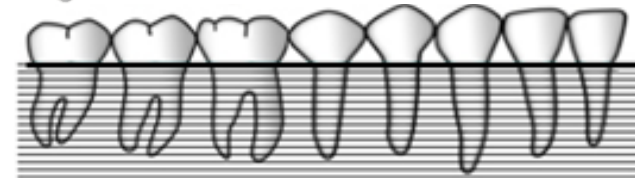
	31	32	33	34	35	36	37	38

IZQUIERDA

Lingual



Vestibular



	48	47	46	45	44	43	42	41
PB								
UCE								
NI								
SS/S								
MOV								
TQ								

	31	32	33	34	35	36	37	38

INFERIOR

DIAGNOSTICO PERIODONTAL _____



ETIOLOGÍA-BIOFILM DENTAL
(biopelícula dental)

(especifica sitios de retención del biofilm después de la tinción)

<input type="checkbox"/>	Anomalías de forma y desarrollo dentario
<input type="checkbox"/>	Áreas de contacto defectuosas
<input type="checkbox"/>	Aparatos ortodóncicos
<input type="checkbox"/>	Cálculo
<input type="checkbox"/>	Corona desajustada
<input type="checkbox"/>	Diastemas
<input type="checkbox"/>	Férulas
<input type="checkbox"/>	Lesiones cariosas en tercio cervical e interproximal
<input type="checkbox"/>	Lesiones cervicales no cariosas
<input type="checkbox"/>	Respiración bucal
<input type="checkbox"/>	Xerostomía
<input type="checkbox"/>	Otros

Clasificación de recesiones gingivales (Cairo) (2011)

Especifica el diente con recesión gingival	RT1	
	RT2	
	RT3	

Clasificación del reborde edéntulo (Seibert) (1983)

Especifica la zona edéntula afectada	Clase I	
	Clase II	
	Clase III	

Clasificación de la Inserción del frenillo (Placek) (1974)

Especifica según su inserción	Mucoso	
	Gingival	
	Papilar	
	Transpapilar	

Pronóstico (Mc Guire 1991)

Especifica el diente (s) con pronóstico	Bueno	
	Regular	
	Pobre	
	Cuestionable	
	Sin esperanza	

Plan de tratamiento (especifica () según el caso)

FASE I	FASE II (especificar el procedimiento)	FASE III (fechas de mantenimiento)	INTERCONSULTAS
<input type="checkbox"/> Control personal de placa (CPP)	<input type="checkbox"/> Resectiva	<input type="checkbox"/> un mes	1.
<input type="checkbox"/> Eliminación de cálculo			2.
<input type="checkbox"/> Pulido dental	<input type="checkbox"/> Regenerativa	<input type="checkbox"/> 3 meses	3.
<input type="checkbox"/> Raspado y alisado radicular			4.
<input type="checkbox"/> Revaloración	<input type="checkbox"/> Plástica	<input type="checkbox"/> 6 meses	5.
			<input type="checkbox"/> Otro



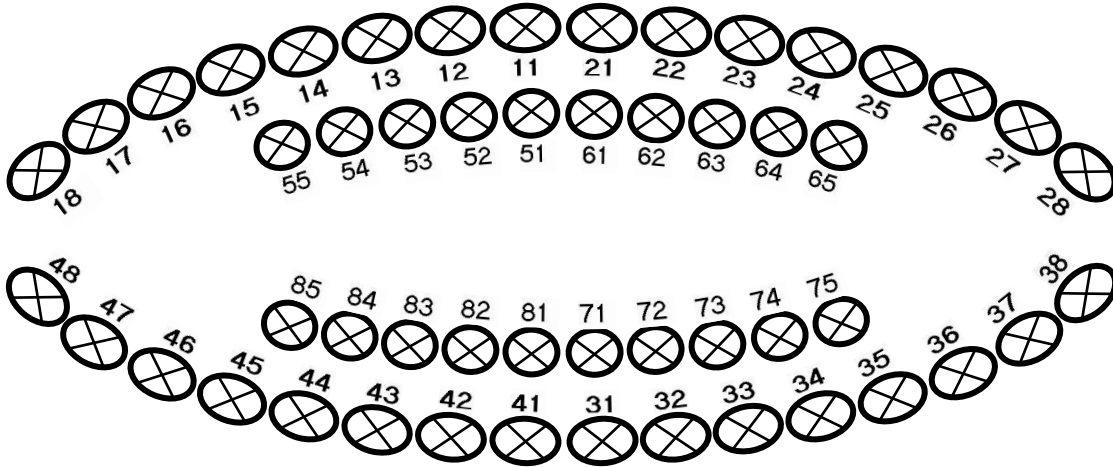
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA
 PERIODONTOLÓGÍA

CONTROL PERSONAL DE PLACA BACTERIANA

PACIENTE: _____ NÚM. CARNET: _____

PORCENTAJE: _____%

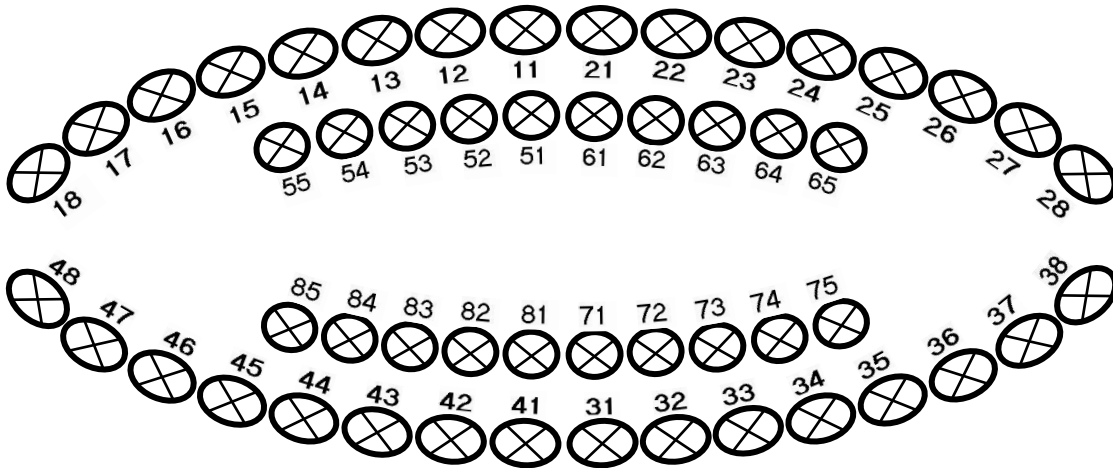
FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____ TOTAL DE CARAS: _____ TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

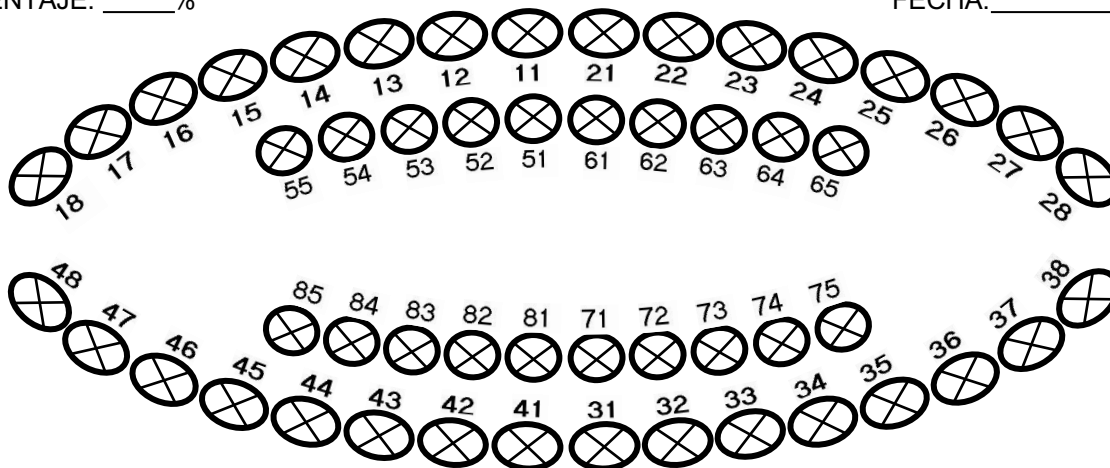
FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____ TOTAL DE CARAS: _____ TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



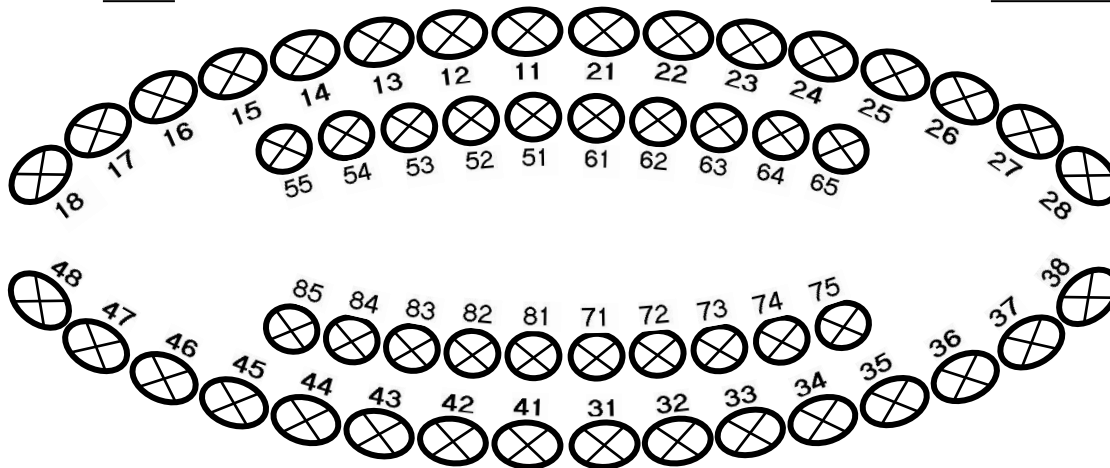
TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



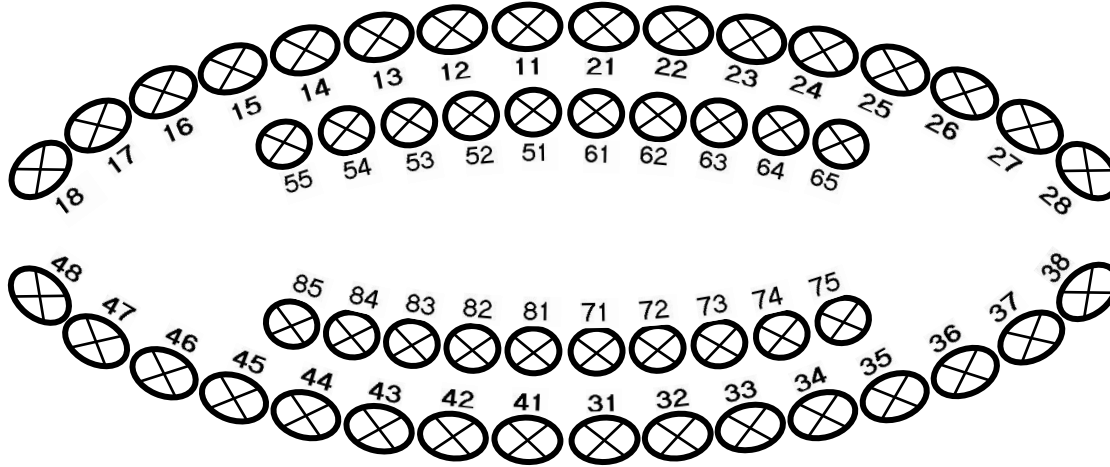
TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

PORCENTAJE: _____%

FECHA: _____



TOTAL DE DIENTES: _____

TOTAL DE CARAS: _____

TOTAL DE CARAS TEÑIDAS: _____

Carta de consentimiento bajo información			
Clínica de Periodontología	(Edificio Central) (Periféricas)	Fecha	Hora
Nombre del paciente (apellido paterno, materno, nombre)		No. Carnet	
Edad	Sexo (masculino) (femenino)	Ocupación	Estado civil
Domicilio (calle, número, colonia, localidad, municipio, estado)			
Nombre del alumno (apellido paterno, materno, nombre)		Nombre del docente responsable (apellido paterno, materno, nombre)	

Tengo pleno conocimiento que la Facultad de Odontología pertenece a una institución de enseñanza e investigación por lo cual es necesario conocer las siguientes disposiciones para dar mi consentimiento antes de realizar el tratamiento.

Se me ha informado que el **diagnóstico** de mi enfermedad es: _____

Se me ha informado el plan de tratamiento, sus alternativas y los motivos de elección de este, por lo que, por este medio, libremente y sin presión alguna acepto se me realicen:

- Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos, obtención de modelos de estudio, fotografías clínicas y videograbaciones: _____
 - La aplicación de anestesia (local) (regional).
 - Tratamiento **no quirúrgico**, que consiste en: _____
 - Tratamiento **quirúrgico**, que consiste en: _____
- _____
- Tratamiento de mantenimiento en las citas acordadas.

Se me han informado los riesgos, molestias y efectos secundarios del tratamiento: (infección) (dolor) (inflamación) (hemorragia) (rechazo del material regenerativo) (otros propios del procedimiento): _____

Autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Autorizo el uso de las fotografías intraorales/extraorales y videograbaciones para fines de docencia e investigación adoptando las medidas necesarias para mantener la confidencialidad y no pueda ser identificado.

Acepto y reconozco que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto a que el resultado del procedimiento clínico oral sea el más satisfactorio, por lo que acepto la posibilidad de necesitar cualquier intervención posterior para mejorar el resultado final.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos mientras no inicie el procedimiento.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autorizó el responsable.

Nombre y firma del paciente o tutor

Nombre y firma de alumno

Nombre y firma del docente responsable







































Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNAM

DEPARTAMENTO DE PERIODONTOLOGÍA

SIMBOLOGÍA DEL PERIODONTOGRAMA

 SANGRADO	 SUPURACIÓN	 MARGEN GINGIVAL	 AGRANDAMIENTO GINGIVAL	 RECESIÓN GINGIVAL
 DOLOR A LA PERCUSIÓN HORIZONTAL	 INVOLUCRACIÓN DE FURCACIÓN I,II,III	 INSERCIÓN INADECUADA DEL FRENILLO	 CÁLCULO	 MOVILIDAD GRADO
	 TRATAMIENTO DE CONDUCTOS	 DOLOR A LA PERCUSIÓN VERTICAL	 PATOLOGÍA PERICAPICAL	
 EXTRACCIÓN INDICADA	 MÁRGENES DIVERGENTES	 ÁREA DE CONTACTO DEFECTUOSO	 CÚSPIDES IMPELENTES	 DIASTEMA
 AUSENCIA	 RESTO RADICULAR	 FRACTURA DE CORONA	 FRACTURA RADICULAR	
 CARIES	 OBTURACIÓN	 CORONA TOTAL	 FÍSTULA	
 PRÓTESIS Fija DIENTES PILARES	 PRÓTESIS REMOVIBLE DIENTES PILARES	 IMPLANTE	 CORONA SOBRE IMPLANTE	 BRUXISMO
 BRACKETS	 BANDAS DE ORTODONCIA	 FÉRULA	 INTRUSIÓN	 EXTRUSIÓN
		 GIROVERSION	 MESIALIZADO DISTALIZADO	

Señale el margen gingival y la inserción inadecuada del frenillo en color **ROJO** y la simbología en color **AZUL**.