



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ENDODONCIA
FICHA CLÍNICA



Exp. No.	Fecha:	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre del Paciente:	Edad	Tel.
Dirección:	Colonia	C.P.
Nombre del alumno:		
Nombre del profesor:		
Diente Afectado O.D.:	Referido por:	

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES	OBTURACIONES	DOLOR	ESTIMULO
Caries <input type="checkbox"/>	Resina <input type="checkbox"/>	Referido <input type="checkbox"/>	Frío <input type="checkbox"/>
Abrasión <input type="checkbox"/>	Amalgama <input type="checkbox"/>	Localizado <input type="checkbox"/>	Calor <input type="checkbox"/>
Traumatismo <input type="checkbox"/>	Corona <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/>	Dulce <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/> _____	Incrustación <input type="checkbox"/>	Persistente <input type="checkbox"/>	Acido <input type="checkbox"/>
_____	Otra <input type="checkbox"/> _____	Espontáneo <input type="checkbox"/>	Masticación <input type="checkbox"/>
			Otro <input type="checkbox"/> _____

EXPLORACIÓN

LESIÓN	EXPOSICIÓN PULPAR	INFLAMACIÓN
Física <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Química <input type="checkbox"/>	Causa:	Extraoral <input type="checkbox"/> Intraoral <input type="checkbox"/>
Bacteriana <input type="checkbox"/>	Caries <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/>	Blanda <input type="checkbox"/> Endurecida <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/> _____	Otra <input type="checkbox"/> _____	Fístula <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/>

PRUEBAS DE SENSIBILIDAD PULPAR

TÉRMICA AL FRÍO	TÉRMICA AL CALOR	ELÉCTRICA
Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/> Negativa <input type="checkbox"/>	Diente Problema Lectura
Localizada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/>	Localizada <input type="checkbox"/> Referida <input type="checkbox"/>	OD: _____
Fugaz <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/>	Fugaz <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/>	
Incrementa <input type="checkbox"/> Decrece <input type="checkbox"/>	Incrementa <input type="checkbox"/> Decrece <input type="checkbox"/>	Diente Testigo
Diente testigo OD: _____ + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Diente testigo OD: _____ + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	OD: _____

PRUEBAS PERIODONTALES

PERCUSIONES	PALPACIÓN	SONDEO PERIODONTAL	MOVILIDAD
Vertical + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	Palpación Periapical	Profundidad de la Bolsa	Negativa <input type="checkbox"/>
Horizontal + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	_____ mm Cara _____	Grado
Diente Testigo	Diente Testigo	Diente Testigo	1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/>
OD: _____ + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	OD: _____ + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	OD: _____ + <input type="checkbox"/> _____ mm - <input type="checkbox"/>	Diente Testigo
			OD: _____ + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

CAMARA	CONDUCTOS	PERIODONTO
Normal <input type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Engrosado <input type="checkbox"/>
Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Fractura <input type="checkbox"/> Perforación <input type="checkbox"/>	Resorción Apical <input type="checkbox"/>
Resorción	Resorción	Lesión Apical:
Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/>	Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/>
Obstrucción <input type="checkbox"/>	Obstrucción <input type="checkbox"/> Desarrollo Incompleto <input type="checkbox"/>	Diámetro _____ mm X _____ mm
Otro _____	Otro _____	Descripción _____
Número de Conductos _____	Nemotecnia _____	

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PULPAR	DIAGNÓSTICO PERIAPICAL
Pulpa Sana <input type="checkbox"/> Pulpitis Reversible <input type="checkbox"/>	Periaplce Sano <input type="checkbox"/> Periodontitis Aguda <input type="checkbox"/>
Pulpitis Irreversible <input type="checkbox"/>	Absceso Periapical Agudo <input type="checkbox"/> Absceso Fénix <input type="checkbox"/>
Necrosis Pulpar <input type="checkbox"/> Pulpitis Hiperplásica <input type="checkbox"/>	Periodontitis Crónica <input type="checkbox"/> Supurada <input type="checkbox"/> Quiste Periapical <input type="checkbox"/>
Despulpado <input type="checkbox"/>	

TRATAMIENTO

DE CONDUCTOS		QUIRÚRGICO	
Bio-Pulpectomia <input type="checkbox"/>	Necro.Pulpectomia <input type="checkbox"/>	Curetaje Apical <input type="checkbox"/>	Apicectomia <input type="checkbox"/> Obturación Retrograda <input type="checkbox"/>
Extirpación Intencional <input type="checkbox"/>	Repetición <input type="checkbox"/>	Radisectomia <input type="checkbox"/>	Hemisección Radicular <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/>
Apicoformación <input type="checkbox"/>	Recrómia <input type="checkbox"/>	Hemiresección Radicular <input type="checkbox"/>	Reimplante <input type="checkbox"/>
Reconstrucción Provisional <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	_____

CONTROL DEL PROCEDIMIENTO

CONDUCTO	CONDUCTOMETRÍA APARENTE	RELACIÓN	CONDUCTOMETRÍA REAL	INSTRUMENTO INICIAL	INSTRUMENTO FINAL APICAL
Único					
Mesio Vestibular					
Mesio Lingual					
Disto Vestibular					
Mesio Palatino					
Distal					
Vestibular					
Palatino					
Otro					

CONTROL DE TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA	PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA
DIAGNOSTICO		CONOMETRÍA	
ACCESO Y AISLAMIENTO		OBTURACIÓN	
LONGITUD DE TRABAJO		RECONSTRUCCIÓN	
PREPARACIÓN DEL CONDUCTO		TÉCNICA QUIRÚRGICA	

Técnica de Instrumentación	Técnica de Obturación
Accidentes Operatorios _____	Solución del caso _____

CONTROL A DISTANCIA

6 MESES	1 AÑO	18 MESES	2 AÑOS

Fecha de terminado _____

COMENTARIOS DEL MAESTRO:

CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ENDODONCICO

El propósito del tratamiento de conductos es salvar el diente que de otra manera requeriría la extracción. Si bien este tratamiento tiene un alto grado de éxito, los resultados como cualquier procedimiento médico o dental no pueden ser garantizados. Este tratamiento no le previene de futuras caries, fracturas o enfermedad de las encías. Ocasionalmente los dientes con tratamiento endodóncico podrán necesitar un retratamiento, cirugía o bien la extracción.

Riesgos: Con pocas probabilidades de que ocurran; sin embargo, pueden presentarse algunos de estos:

- *Separación de instrumentos en el conducto.
- *Perforación del conducto con el instrumento.
- *Bloqueo del conducto radicular que no permitirá completado adecuadamente.
- *Recuperación incompleta.
- *Infección post-operatoria que requerirá de administración de antibióticos.
- *Fractura de la corona o de la raíz que requiere de extracción.
- *Ligera molestia post-operatoria.
- *Entumecimiento temporal.
- *Dificultad al morder o abrir la boca.
- *Si el tratamiento es abandonado pueden ocurrir problemas sistémicos.
- *Reacciones a los anestésicos, químicos o medicamentos utilizados.

Alternativas al tratamiento de conductos:

- *No efectuar ningún tratamiento.
- *Esperar a que se desarrollen síntomas más severos.
- *Extracción: Podrá ser restituido por un puente, implante o nada.

Este tratamiento requiere la utilización de varias películas radiográficas (cinco aproximadamente)

Una vez terminado el tratamiento de conductos deberá ser restaurado adecuadamente (corona, poste u obturación) dentro de un tiempo aproximado de 30 días con el propósito de disminuir las posibilidades de fracaso y/o fractura.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas al estudiante tratante y quedo satisfecho(a) con las respuestas. Yo consiento el procedimiento.

Diente # _____ Fecha _____

Costo del Tratamiento \$ _____ (PAGARE EN LA CAJA DE LA FACULTAD)

Paciente _____ Alumno _____

Profesor _____ Nombre y Firma _____ Nombre y Firma _____

Nombre y Firma