



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRÍA
HISTORIA CLÍNICA



Nombre del alumno _____ Grupo _____

Fecha

--	--	--

 Día Mes Año

1. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del paciente _____ (_____)

Fecha de nacimiento

--	--	--

 Lugar de nacimiento _____ Edad

--	--

 Sexo

M	F
---	---

 Día Mes Año Años Meses

Domicilio _____
 Calle No. Colonia Delegación o Municipio

Telefonos _____ / _____ / _____
 Casa Trabajo padre Trabajo madre

Nombre de la escuela _____ Grado escolar _____

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

Ocupación de los padres: ①Obrero ②Empleado ③Comerciante ④Técnico ⑤Profesionista
 ⑥Estudiante ⑦Hogar ⑧Jubilado ⑨Desempleado ⑩Otros _____

Madre	
Padre	

Edades de los hermanos _____

Nombre del pediatra o del médico familiar _____ Teléfono _____

Motivo principal de la consulta: ①Dolor ②Revisión ③Prevención ④Caries ⑤Extracción
 ⑥Maloclusión ⑦Traumatismo ⑧Otro _____

¿Es la primera visita al dentista? ①Sí ②No

Si hubo una experiencia anterior, ¿cómo fue? ①Indiferente ②Agradable ③Desagradable

Descríbala _____

Remitido por _____ Teléfono _____

2. HISTORIA CLINICA MÉDICA E INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

2.1 Gestación

El embarazo fue ①Normal ②Alto riesgo ③Otros _____

¿Tomó algún medicamento? ①Sí ②No ¿Cuál? _____ Motivo _____

2.2 Nacimiento

①Parto eutócico ②Parto distócico ③Por cesárea

2.3 Etapa neonatal

①Prematuro ②A término ③Post-término

Peso al nacer: _____ Rango: ①Bajo < 2.5kg ②Medio 2.5. a 3.5.kg Alto > 3.5kg Talla: _____

Presentó: ①Hipoxia ② Dificultad de succión ③ Ninguna ④ Otras _____

Anomalías congénitas: ①Sí ②No ¿Cuáles? _____

2.4 Infancia y Adolescencia

Presenta o ha presentado:	1 Sí	2 No	Edad	Presenta o ha presentado:	1 Sí	2 No	Edad
Reflujo				Hepatitis			
Padecimientos renales				VIH			
Cianosis al esfuerzo				Fiebres eruptivas ¿Cuáles?			
Fiebre reumática				Exantema súbito			
Hemorragias espontáneas				Escarlatina			
Diabetes				Varicela			
Trastornos del lenguaje				Sarampión			
Epilepsia				Rubéola			
Parotiditis				Mononucleosis infecciosa			
Difteria				Otros:			

¿Su hijo tiene diagnóstico de asma? 1 Sí 2 No

¿Actualmente está bajo tratamiento médico por alguna enfermedad? 1 Sí 2 No Motivo

Si está bajo tratamiento médico, ¿que medicamentos toma regularmente?

¿Es alérgico a algún alimento o medicamento? 1 Sí 2 No ¿A cuál?

¿Tiene su esquema de vacunas completo? 1 Sí 2 No

¿Tiene problemas de aprendizaje? 1 Sí 2 No ¿Cuáles?

¿Presenta o ha presentado alguna discapacidad? 1 Sí 2 No 3 Física 4 Sensorial
5 Neurológica 6 Psicológica

Intervenciones quirúrgicas: 1 Sí 2 No ¿Cuales y a qué edad?

¿Ha recibido una transfusión? 1 Sí 2 No 3 Sangre 4 Plaquetas 5 Plasma

Adolescentes:

3. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre
Madre

4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1 Alimentación

¿Se alimenta o alimentó? 1 Por seno materno 2 Por biberón 3 Ambos 4 Otros

¿Hasta qué edad? Seno materno Biberón

¿Cuántas veces al día? 1 Libre demanda 2 Número de veces

¿Endulza o endulzó su leche? 1 Sí 2 No

¿Con qué? 1 Azúcar 2 Miel 3 Otros

¿Tiene o tuvo alimentación nocturna? 1 Sí 2 No 3 Una vez 4 Dos veces 5 Tres veces
6 Cuatro o más ¿Hasta qué edad?

4.2 Higiene

¿Lleva a cabo algún procedimiento de higiene bucal en el paciente? 1 Sí 2 No

¿Quién lo realiza? 1 Padres 2 Paciente 3 Ambos 4 Otros

¿Con qué? 1 Cepillo 2 Gasa 3 Otros

¿Con qué frecuencia? 1 Una vez al día 2 Dos veces al día 3 Tres veces al día

¿Desde cuándo? 1 Antes de la erupción de los dientes 2 A la erupción de los primarios
3 A la erupción de los secundarios

¿Utiliza pasta dental? ① Sí ② No ¿Cuál? _____

¿Utiliza hilo dental? ① Sí ② No Frecuencia: ③ Diario ④ Ocasionalmente

¿Se cepilla los dientes antes de dormir? ① Sí ② No

¿Se le ha administrado fluoruro? ① Sí ② No ③ Colutorio ④ Barniz ⑤ Gel ⑥ Tabletas ⑦ Gotas

¿Desde cuándo? ① Antes de la erupción de los dientes ② Al erupcionar los primarios
③ Al erupcionar los secundarios

¿Dónde? ① Casa ② Escuela ③ Consultorio ④ Sector Salud ⑤ Facultad de Odontología

5. INSPECCIÓN CORPORAL Y BUCAL

Peso actual: _____ Talla actual: _____ Temperatura: _____

Observaciones: _____

5.1 Exploración de cabeza y cuello

Articulación temporomandibular en apertura y cierre: ① Derecha ② Izquierda
③ Normal ④ Desviación ⑤ Crepitación

Cuello: Presencia de ganglios inflamados: ① Sí ② No ③ Cadena Submentoniana
④ Cadena Submandibular ⑤ Cadena Retroauricular

5.2 Exploración bucal

5.2.1 Tejidos blandos

Labios:

Superficie externa: ① Labio superior ② Labio inferior ③ Sin alteración ④ Reseco
⑤ Queilitis ⑥ Fovéola ⑦ Úlcera herpética secundaria ⑧ Úlcera aftosa ⑨ Otros _____

Superficie interna: ① Labio superior ② Labio inferior ③ Sin alteración ④ Úlceras
⑤ Mucocele ⑥ Otros _____

Frenillo labial: ① Superior ② Inferior ③ Inserción normal ④ Alta ⑤ Media
⑥ Baja ⑦ Doble ⑧ Otros _____

Mucosa yugal y fondo de saco: ① Derecho ② Izquierdo ③ Sin alteración ④ Úlceras
⑤ Candidiasis ⑥ Gránulos de Fordyce ⑦ Otros _____

Frenillo bucal: ① Derecho ② Izquierdo ③ Múltiple / Inserción: ④ Alta ⑤ Media ⑥ Baja

Lengua: ① Sin alteración ② Saburral ③ Fisurada ④ Pilosa ⑤ Glositis Migratoria
Benigna ⑥ Glositis Romboidea Media ⑦ Úlcera de Riga-Fede ⑧ Candidiasis ⑨ Otros _____

Frenillo lingual: Inserción ① Sin alteración ② Corto

Piso de la boca: ① Sin alteración ② Ránula ③ Otros _____

Mucosa alveolar y encía: ① Sin alteración ② Úlceras ③ Abscesos ④ Fístulas
⑤ Fenestración ⑥ Dehiscencia ⑦ Gingivitis ⑧ Periodontitis ⑨ Nódulos de Bohn
⑩ Quistes de erupción ⑪ Quistes de lámina dental ⑫ Hematoma de la erupción
⑬ Pericoronitis ⑭ Otros _____

Paladar duro: ① Sin alteración ② Cicatrices ③ Hendiduras ④ Perlas de Epstein
⑤ Úlceras ⑥ Otros _____

Paladar blando: ① Sin alteración ② Cicatrices ③ Hendiduras ④ Úlceras ⑤ Otros _____

Faringe: Amígdalas palatinas: ① Sin alteración ② Hipertróficas ③ Ulceradas
④ Hiperémicas ⑤ Ausentes ⑥ Otros _____

Úvula: ① Sin alteración ② Bífida ③ Inflamada ④ Ulceradas

5.2.2 Traumatismos

Dentición: ① Primaria ② Secundaria ③ Ambas

¿Cuándo ocurrió? _____

¿Dónde ocurrió? ① Casa ② Parque ③ Escuela ④ Transporte ⑤ Otros _____

¿Cómo ocurrió? _____

Pérdida de conciencia: ① Sí ② No Tiempo: _____

Vómito: ① Sí ② No

Hemorragia: ① Sí ② No ③ Nariz ④ Oídos

Diagnóstico: ① Concusión ② Subluxación ③ Luxación lateral
④ Luxación intrusiva ⑤ Luxación extrusiva ⑥ Avulsión ⑦ Fractura

Observaciones _____

6. OCLUSIÓN Y ALINEACIÓN

Línea media: ① Superior ② Inferior ③ Normal ④ Desviada der. ⑤ Desviada izq.

Planos terminales: ① Derecho ② Izquierdo ③ Vertical o recto ④ Mesial
⑤ Distal ⑥ Mesial exagerado ⑦ No registrable

Espacios primates: ① Sí ② No ③ Superior ④ Inferior

Baume: ① Tipo 1 ② Tipo 2 ③ No registrable

Clase de Angle: ① Derecho ② Izquierdo ③ Clase I ④ Clase II división 1
⑤ Clase II, división 2 ⑥ Clase III ⑦ No registrable

Desgaste fisiológico de dientes primarios: ① Sí ② No

Diastema: ① Sí ② No

Borde a borde: ① Sí ② No

Mordida cruzada: ① Sí ② No ③ Anterior ④ Posterior ⑤ Derecha
⑥ Izquierda ⑦ Bilateral

Sobremordida: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

Traslape horizontal: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

Mordida abierta: ① Sí Medida en mm _____ ② No ③ No registrable

6.1 Hábitos nocivos

Succión de dedo: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Chupón: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Labio: ① Sí ② No Frecuencia: ③ Todo el día ④ Al dormir ⑤ Ocasionalmente

Mordedura de labio: ① Sí ② No ③ Superior ④ Inferior ⑤ Ambos

Onicofagia: ① Sí ② No

Bruxismo: ① Sí ② No

Deglución atípica: ① Sí ② No ③ Con proyección lingual

Respiración bucal: ① Sí ② No

Otros _____

7. CONDUCTA Y ACTITUD

Respuesta conductual inicial del niño: ① Grado 0 ② Grado 1 ③ Grado 2 ④ Grado 3

Actitud de los padres: ① No cooperador ② Potencialmente cooperador ③ Cooperador

8. EXAMEN DENTAL

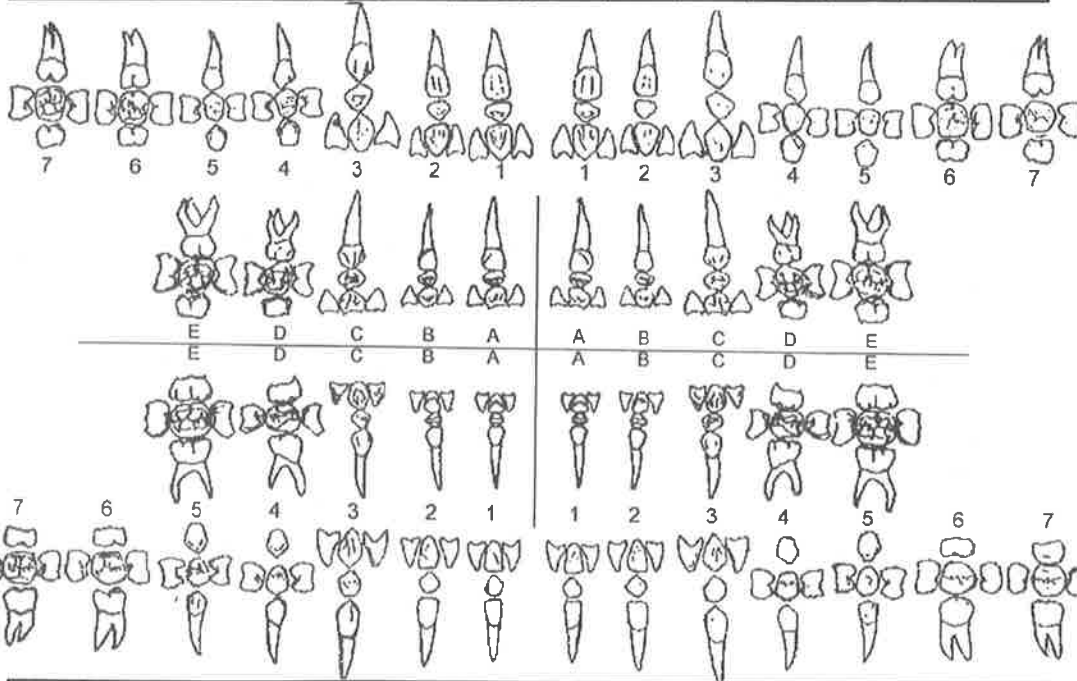
Diagonal azul sobre el número o letra del diente	Diente presente	CEx	Cercano a exfoliación	Deh	Dehiscencia		
C1, C2, C3, C4	Grado de caries	Tr	Traumatismo	Fe	Fenestración		
Δ azul	Ausente por extracción o exfoliación	Hip	Hipoplasia	Ero	Erosión		
Δ rojo	Ausente congénito	Amelg	Amelogénesis	Abr	Abrasión		
O rojo	Abscesos y fistulas	Fu	Fusión	Atr	Atrición		
Color rojo	Caries, patosis o defectos estructurales	Gem	Geminación	Nat	Dientes natales		
Color azul	Restauraciones presentes	Sn	Supernumerario	Neo	Dientes neonatales		
□ rojo	Sin erupcionar	Fl	Fluorosis	Gir	Giroversión		
Mv I, II, III	Movilidad	An Dent	Otras anomalías dentarias(especifique):				
Claves para los posibles tratamientos:							
CPP	Control Personal de Placa	RLI	Rest Limitadamente Invasiva	Pulp	Pulpotomía	TANV	Tratam Apical No Vital
L	Limpieza	Ion	Ionómero de Vidrio	Pulpec	Pulpectomía	Ext	Extracción
ATF	Aplicación Tópica de Fluoruro	Res	Resina	CAC	Corona de acero-cromo	MEF	Mant de Espacio Fijo
Saf	Saforide	Am	Amalgama	CFE	Corona con Frente Estét	MER	Mant de Espacio Remov
SFF	Sellador de Fosetas y Fisuras	RD	Recubrim Directo	CCel	Coronas de Celuloide	Feru	Ferulización
Obs	Mantener bajo observación	RI	Recubrim Indirecto	TAV	Tratamiento Apical Vital		

Hallazgos radiográficos significativos: _____

Opciones de Tratamiento

Grado de caries/obt presentes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



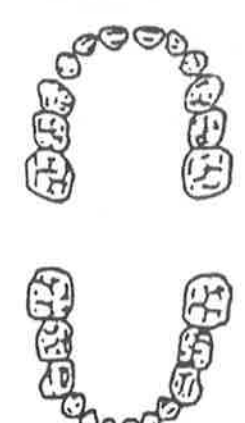
Grado de caries/obt presentes

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Opciones de Tratamiento

12. ORDEN DE TRATAMIENTO

- _____ 1
- _____ 2
- _____ 3
- _____ 4
- _____ 5
- _____ 6
- _____ 7
- _____ 8
- _____ 9
- _____ 10



9. RIESGO A CARIES

CRITERIO	RIESGO	SI	NO
Cepillado dental con pasta fluorurada (número de veces al día)	Menos de dos veces al día		
Placa bacteriana (% de superficies dentarias pigmentadas)	Índice de O'Leary > 20%		
Frecuencia de ingestión de azúcares o de carbohidratos refinados (Nota: en niños pequeños, tomar en cuenta sus prácticas de alimentación, tales como dieta nocturna o amamantamiento y lactancia artificial prolongados)	Más de dos veces al día		
Lesiones cariosas	Presentes y activas		
Fosetas y fisuras profundas	Presentes		
Enfermedad gingival o periodontal	Presente		
Alteraciones del esmalte (opacidades, hipoplasia, defectos, fluorosis)	Presentes		
Aparatología ortodóncica o mantenedores de espacio	Utiliza		
Obturaciones defectuosas	Presentes		
Caries en padres o hermanos	Presente		
CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE: ① RIESGO ALTO (5 puntos) ② RIESGO MEDIO (3 puntos) ③ RIESGO BAJO (2 puntos)			

10. DIAGNÓSTICO:

SANO ① Sí

② No

RIESGO ③ Alto ④ Medio ⑤ Bajo

--	--

11. ACCIONES PREVENTAS SEGÚN RIESGO A CARIES

Acciones	Riesgo	
	Alto	Bajo
1. Examen periódico	Cada 3 meses	Cada 6 meses
2. Control de PDB	Cada 3 meses	Cada 6 meses
3. Recomendaciones dietéticas	Restricción de consumo de azúcares Incorporar a la dieta alimentos protectores	Modificación de factores de riesgo, como disminución de consumo de azúcares
4. Cepillado	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad	4 veces al día y al ingerir algún alimento. Utilización de dentífricos fluorurados de acuerdo con la edad
5. Fluoruros	Aplicación de fluoruro tópico por el C.D.	No requiere aplicación de fluoruro
6. Selladores de fosetas y fisuras	Se aplican si existen fosas y fosetas retentivas	No requiere aplicación de selladores

REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA _____

Nombre y firma del profesor(a)

OBSERVACIONES

13. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTOS

Diente	Tratamiento	Autorización	Cavidad	Tratamiento terminado	Núm. Recibo	Fecha	Firma del padre

