

RESUMEN CLÍNICO DE MENORES

Instrucciones de llenado:

Este formato deberá ser llenado completamente por el Padre, Madre o Tutor, usar bolígrafo Azul, cruzando las opciones que proporcionen información sobre la salud general del menor. Firmar al margen las 2 hojas y anexar fotocopia de IFE o INE.

Nombre del paciente: _____		
(apellido paterno)	(apellido materno)	(nombres)
Domicilio: _____		
(calle)	(N°)	(Delegación o municipio)
Edad: _____	Sexo: _____	Ocupación: _____
Lugar de nacimiento: _____		Teléfono: _____

Padecimiento actual: _____		Motivo de la consulta: _____
¿Padece alguna(s) de las siguientes enfermedades?		
(Anotar tiempo de evolución)		
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Colitis nerviosa <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Vitiligo <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Osteoartrosis <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Hiperuricemia <input type="checkbox"/> Mastopatiafibroquística <input type="checkbox"/> Quistes ováricos <input type="checkbox"/> Infección urinaria <input type="checkbox"/> Cálculos <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____

¿Ha tenido operaciones o traumatismos? <input type="checkbox"/> Extracción dental <input type="checkbox"/> Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Apendicectomía <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Histerectomía <input type="checkbox"/> Salpingoclasia <input type="checkbox"/> Colectomía <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____	¿Cuáles vacunas ha recibido? <input type="checkbox"/> Poliomieltis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Triple viral <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Parotiditis <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Embolia cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____
		¿Enfermedades que ha padecido? <input type="checkbox"/> Poliomieltis <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Rubeola

Medicamento (s) que está tomando? (Anotar nombre del fármaco)		Es alérgico a alguno de los siguientes productos?
<input type="checkbox"/> AINE <input type="checkbox"/> Antiácido <input type="checkbox"/> Antiarrítmico <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Anticonceptivo <input type="checkbox"/> Anticonvulsivo <input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Antidiarreico <input type="checkbox"/> Antihipertensivo <input type="checkbox"/> Antihistamínico <input type="checkbox"/> Antimigrañoso	<input type="checkbox"/> Antineoplásico <input type="checkbox"/> Antiparkinsoniano <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Antitiroideo <input type="checkbox"/> Broncodilatador <input type="checkbox"/> Corticoesteroide <input type="checkbox"/> Digitálico <input type="checkbox"/> Hipnótico <input type="checkbox"/> Hipoglucemiante <input type="checkbox"/> Hormona tiroidea <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Penicilinas <input type="checkbox"/> Sulfas <input type="checkbox"/> Pirazonas <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Acetaminofén <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Anestésico local <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Pelo o pluma de animal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro _____

¿Algún familiar (abuelos, padres, hermanos, hijos, cónyuge) tiene o tuvo alguna(s) enfermedad(es) como las siguientes? (anote delante de la enfermedad al familiar)	Actualmente, ¿ tiene usted alguna(s) molestia(s) como las siguientes?	
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Embolia cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Adicción a drogas <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Malformación congénitas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Polidipsia <input type="checkbox"/> Polifagia <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Sequedad bucal <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Expectोरación <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Dolor precordial <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Mareo/vértigo <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Diaforesis <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío/calor <input type="checkbox"/> Sequedad piel <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Otagia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Nerviosismo	<input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Diplopía <input type="checkbox"/> Fosfenos <input type="checkbox"/> Escotomas <input type="checkbox"/> Hipoacusia <input type="checkbox"/> Acufenos <input type="checkbox"/> Disgeusia <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Hiperoxia <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Coluria <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Erupción cutánea <input type="checkbox"/> Cambios color piel <input type="checkbox"/> Artralgias <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Otra _____

En caso de no entender alguno de estos términos, consultar la última página.



CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN A MENORES DE EDAD

(Niños y Adolescentes)

Autorizo expresamente a _____ quien se
identifica con la credencial IFE o INE, folio número _____ como responsable
del menor _____ para realizar el trámite
de su carnet en la CREDP de la Facultad de Odontología.

Si el adulto es, además, alumno de esta Facultad, deberá llenar los siguientes datos:

Autorizo al alumno (a) _____
número de cuenta _____ del grupo _____,
realice el o los tratamientos _____
en la(s) clínica(s) _____.

Fecha

**Nombre y firma del padre,
madre o tutor**

Documentos indispensables:

- 1.- Formato del resumen clínico del menor llenado por el padre, madre o tutor.
- 2.- Identificación oficial del IFE, o INE, por ambos lados del padre, madre o tutor.
- 3.- Identificación oficial IFE o INE por ambos lados de la persona que aceptó la responsabilidad del menor.
- 4.- Credencial de la Facultad de Odontología (únicamente si el adulto responsable también es alumno de la facultad).

Los documentos deberán ser llenados y firmados con tinta azul



Habitación					Alimentación		
Material	Cuartos	Habitantes	Personas x cuarto	Servicios	N° de veces x semana		N° de comidas por día
<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Sólo	<input type="checkbox"/> Sólo	<input type="checkbox"/> Agua	Leche	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(1)
<input type="checkbox"/> Adobe	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Drenaje	Huevo	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(2)
<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	Ventilación	Carne	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(3)
<input type="checkbox"/> Lamina	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4		Frutas	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(4)
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Buena	Verduras	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(5)
	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> Regular	Leguminosas	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	
	<input type="checkbox"/> +9	<input type="checkbox"/> +9	<input type="checkbox"/> +9	<input type="checkbox"/> Mala	Cereales	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	

Higiene	
N° de veces por semana	
Baño	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
Cambio de Ropa	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
Bucal, N° veces por día	
Cepillado	(1) (2) (3) (4) (5)
Hilo dental	(1) (2) (3) (4) (5)
Enjuague	(1) (2) (3) (4) (5)
Ninguna	(1)

FECHA: _____ FIRMA: _____

Padre, Madre o Tutor

Terminología:

Acufenos	Zumbido de oídos
Artralgias	Dolor en articulaciones
Cefalea	Dolor de cabeza
Coluria	Orina muy oscura (amarilla-café)
Diaforesis	Sudoración excesiva
Diplopía	Visión doble
Disgeusia	Alteración de los sabores
Disnea	Dificultad para respirar
Disuria	Dificultad para orinar
Dolor precordial	Dolor opresivo en la región central del pecho
Edema	Hinchazón por retención de líquidos
Epistaxis	Sangrado nasal
Equimosis	Moretones
Escotomas	Manchas oscuras en la visión
Expectoración	Escupir flemas
Fosfenos	Luces en la visión
Hematuria	Sangre en la orina
Hiperoxia	Aumento de oxigenación en el cerebro
Hipoacusia	Sordera. Deficiencia en la audición
Melena	Sangre en las heces
Nicturia	Orinar mucho por la noche
Otalgia	Dolor de oídos
Paresia	Pérdida de movilidad
Parestesia	Pérdida de sensibilidad
Petequias	Lesiones rojas en la piel
Polidipsia	Mucha sed
Polifagia	Mucha hambre
Poliuria	Orinar mucho
Prurito	Comezón
Rinorrea	Secreción nasal