



### Antecedentes personales patológicos

Enfermedades inflamatorias e infecciosas no transmisibles \_\_\_\_\_

Enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_\_

Enfermedades degenerativas \_\_\_\_\_

Enfermedades neoplásicas \_\_\_\_\_

Enfermedades congénitas \_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_

### Antecedentes personales no patológicos

Hábitos higiénicos: En el vestuario \_\_\_\_\_ Corporales \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia se lava los dientes \_\_\_\_\_

Utiliza auxiliares de higiene bucal: Sí ( ) No ( ) Cuáles \_\_\_\_\_

Consumo golosinas u otro tipo de alimentos entre las comidas: Sí ( ) No ( )

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor Rh \_\_\_\_\_ Cuenta con *Cartilla de vacunación*: Sí ( ) No ( )

Tiene el esquema completo: Sí ( ) No ( )

Especifique cuál falta \_\_\_\_\_

Adicciones Tabaco  Alcohol

#### Antecedentes alérgicos

Antibióticos  Analgésicos  Anestésicos  Alimentos

Especifique \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado Sí ( ) No ( ) Fecha \_\_\_\_\_

Motivo \_\_\_\_\_

Padecimiento actual \_\_\_\_\_

### Interrogatorio por aparatos y sistemas

Aparato digestivo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Disfagia, náusea, vómito, diarrea crónica, pirosis, hematemesis, ictericia

Aparato respiratorio \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Obstrucción nasal, tos, rinorrea, expectoración, disnea, cianosis, epistaxis, hemoptisis

Aparato cardiovascular \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Dolor precordial, fosfenos, lipotimia, taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión, acúfenos, disnea, cefalea, mareos

Aparato genitourinario \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Incontinencia urinaria, dolor lumbar, disuria, hematuria, edema, nicturia, poliuria

Sistema endocrino \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Poliuria, polidipsia, polifagia, exoftalmos, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o calor

Sistema hemopoyético \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Hemorragia, epistaxis, hematuria, hematemesis, petequias, equimosis, adenopatías

Sistema nervioso \_\_\_\_\_

---



---



---

Convulsiones, cefalea, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor

Sistema musculoesquelético \_\_\_\_\_

---



---



---

Deformidad articular, dolor articular, limitación de movimiento

Aparato tegumentario \_\_\_\_\_

---



---



---

Cambio de color en piel, erupciones, prurito, hiperhidrosis, pérdida de pelo o vello, cutis seco

Habitus exterior \_\_\_\_\_

---



---



---

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Compleción \_\_\_\_\_

Signos vitales: Frecuencia cardíaca \_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_ Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_

Temperatura \_\_\_\_\_

### Exploración de cabeza y cuello

Cabeza: Exostosis

Endostosis

Cráneo: Dolicocefálico

Mesocefálico

Braquicefálico

Cara: Asimetrías: Transversales

Longitudinales

Perfil: Cóncavo

Convexo

Recto

Piel: Normal

Pálida

Cianótica

Enrojecida

Músculos: Hipotónicos

Hipertónicos

Espásticos

Cuello: Se palpa la cadena ganglionar Sí ( ) No ( )

Otros \_\_\_\_\_

## Exploración del aparato estomatognático

### *Articulación temporomandibular*

Ruidos	Sí ( )	No ( )	Lateralidad ( )	Apertura ( )
Chasquidos			Sí ( )	No ( )
Crepitación			Sí ( )	No ( )
Dificultad para abrir la boca			Sí ( )	No ( )
Dolor a la abertura o movimientos de lateralidad			Sí ( )	No ( )
Fatiga o dolor muscular			Sí ( )	No ( )
Disminución de la abertura			Sí ( )	No ( )
Desviación a la abertura cierre			Sí ( )	No ( )

### *Tejidos blandos*

Ganglios \_\_\_\_\_

Glándulas salivales \_\_\_\_\_

Labio externo \_\_\_\_\_

Borde bermellón \_\_\_\_\_

Labio interno \_\_\_\_\_

Comisuras \_\_\_\_\_

Carrillos \_\_\_\_\_

Fondo de saco \_\_\_\_\_

Frenillos \_\_\_\_\_

Lengua tercio medio \_\_\_\_\_

Paladar duro \_\_\_\_\_

Paladar blando \_\_\_\_\_

Istmo bucofaringe \_\_\_\_\_

Lengua dorso \_\_\_\_\_

Lengua bordes \_\_\_\_\_

Lengua ventral \_\_\_\_\_

Piso de la boca \_\_\_\_\_

Dientes \_\_\_\_\_

Mucosa del borde alveolar \_\_\_\_\_

Encía \_\_\_\_\_

Describe: Lesión elemental, número de lesiones, forma, tamaño, color, superficie, base, consistencia, sintomatología, etiología, evolución, tratamiento recibido, cuadrante de ubicación.

**Periodonto**

Gingivitis \_\_\_\_\_ Periodontitis \_\_\_\_\_

Recesión gingival \_\_\_\_\_

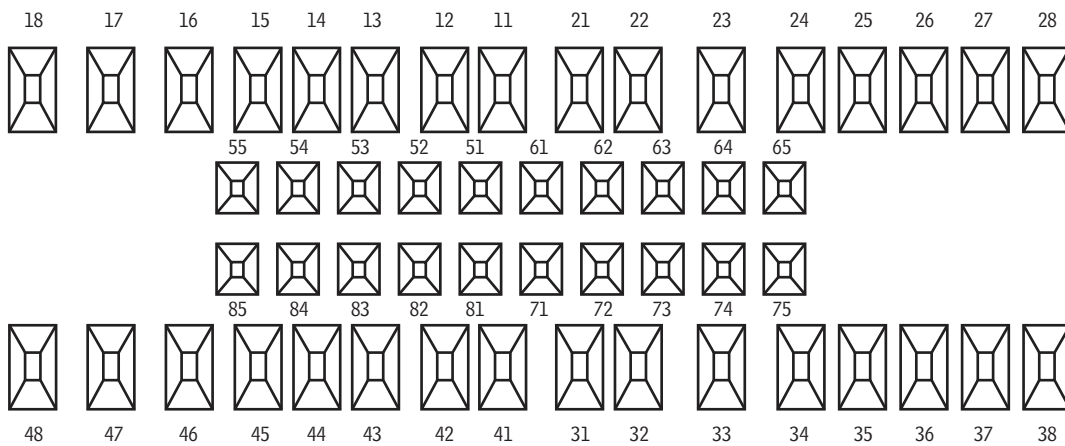
Bolsas periodontales \_\_\_\_\_

(Indicar ubicación y milímetros de profundidad)

Movilidad dentaria \_\_\_\_\_

(Indicar órganos dentarios y clase de movilidad)

**Índice de higiene bucal**



Índice de placa actual \_\_\_\_\_ %

### Odontograma diagnóstico

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- 18 \_\_\_\_\_
- 17 \_\_\_\_\_
- 16 \_\_\_\_\_
- 15 \_\_\_\_\_
- 14 \_\_\_\_\_
- 13 \_\_\_\_\_
- 12 \_\_\_\_\_
- 11 \_\_\_\_\_
  
- 48 \_\_\_\_\_
- 47 \_\_\_\_\_
- 46 \_\_\_\_\_
- 45 \_\_\_\_\_
- 44 \_\_\_\_\_
- 43 \_\_\_\_\_
- 42 \_\_\_\_\_
- 41 \_\_\_\_\_

- 28 \_\_\_\_\_
- 27 \_\_\_\_\_
- 26 \_\_\_\_\_
- 25 \_\_\_\_\_
- 24 \_\_\_\_\_
- 23 \_\_\_\_\_
- 22 \_\_\_\_\_
- 21 \_\_\_\_\_
  
- 38 \_\_\_\_\_
- 37 \_\_\_\_\_
- 36 \_\_\_\_\_
- 35 \_\_\_\_\_
- 34 \_\_\_\_\_
- 33 \_\_\_\_\_
- 32 \_\_\_\_\_
- 31 \_\_\_\_\_

- 0. Sano
- 1. Con caries
- 2. Obturado con caries
- 3. Obturado sin caries
- 4. Perdido como resultado por caries
- 5. Perdido por cualquier otro motivo
- 6. Fisura obturada
- 7. Soporte de puente, corona, funda o implante
- 8. Diente sin erupcionar

- T. Traumatismo (fractura)
- 9. No registrado
- 11. Recesión gingival
- 12. Tratamiento de conductos
- 13. Instrumento separado en un conducto
- 14. Bolsas periodontales
- 15. Fluorosis
- 16. Alteraciones de forma, número, tamaño, textura, posición
- 17. Lesión endoperiodontal

Interpretación radiográfica \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Estudios de laboratorio y gabinete \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Interpretación de los estudios de laboratorio y gabinete \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente  
sobre la veracidad de los datos aportados

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del representante legal, familiar  
tutor, padre o madre

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del cirujano dentista tratante



Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Plan de tratamiento***

Odontología preventiva \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodoncia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endodoncia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Operatoria \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirugía \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prótesis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente  
de acuerdo con el plan de tratamiento propuesto



### Odontograma de evolución

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

### Tratamientos realizados

- 18 \_\_\_\_\_
- 17 \_\_\_\_\_
- 16 \_\_\_\_\_
- 15 \_\_\_\_\_
- 14 \_\_\_\_\_
- 13 \_\_\_\_\_
- 12 \_\_\_\_\_
- 11 \_\_\_\_\_
  
- 48 \_\_\_\_\_
- 47 \_\_\_\_\_
- 46 \_\_\_\_\_
- 45 \_\_\_\_\_
- 44 \_\_\_\_\_
- 43 \_\_\_\_\_
- 42 \_\_\_\_\_
- 41 \_\_\_\_\_

- 28 \_\_\_\_\_
- 27 \_\_\_\_\_
- 26 \_\_\_\_\_
- 25 \_\_\_\_\_
- 24 \_\_\_\_\_
- 23 \_\_\_\_\_
- 22 \_\_\_\_\_
- 21 \_\_\_\_\_
  
- 38 \_\_\_\_\_
- 37 \_\_\_\_\_
- 36 \_\_\_\_\_
- 35 \_\_\_\_\_
- 34 \_\_\_\_\_
- 33 \_\_\_\_\_
- 32 \_\_\_\_\_
- 31 \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de conformidad  
sobre los tratamientos realizados



NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES  
4.1.8, 6.1, 6.1.1, 6.1.2, 6.1.3, 6.1.4, 6.4,  
7.1, 7.2.1, 7.2.2.5, 7.2.2, 7.2.7.2.9

## FORMATO 2 HISTORIA CLÍNICA DE ESTOMATOLOGÍA PREVENTIVA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

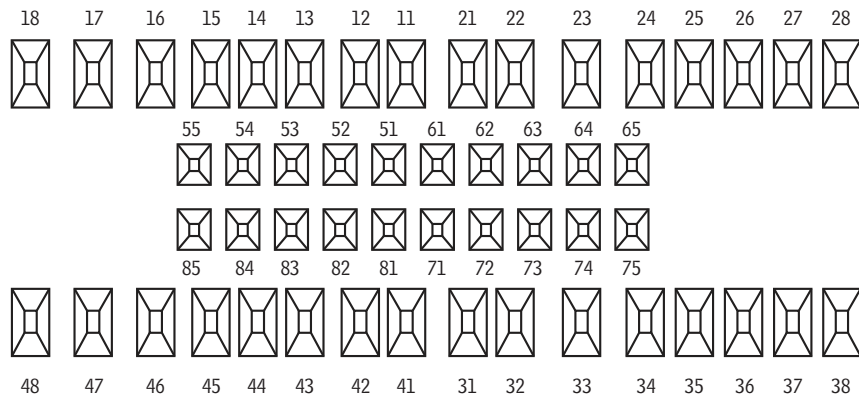
Nombre(s)

Nombre CD \_\_\_\_\_

Técnica de cepillado	<i>Cepillo dental</i>	<i>Pastilla reveladora</i>	<i>Fecha</i>	<i>Inicio</i>	<i>Término</i>
Profilaxia u odontoxesis					
Aplicación de flúor					

### Odontograma de primer control de higiene bucal

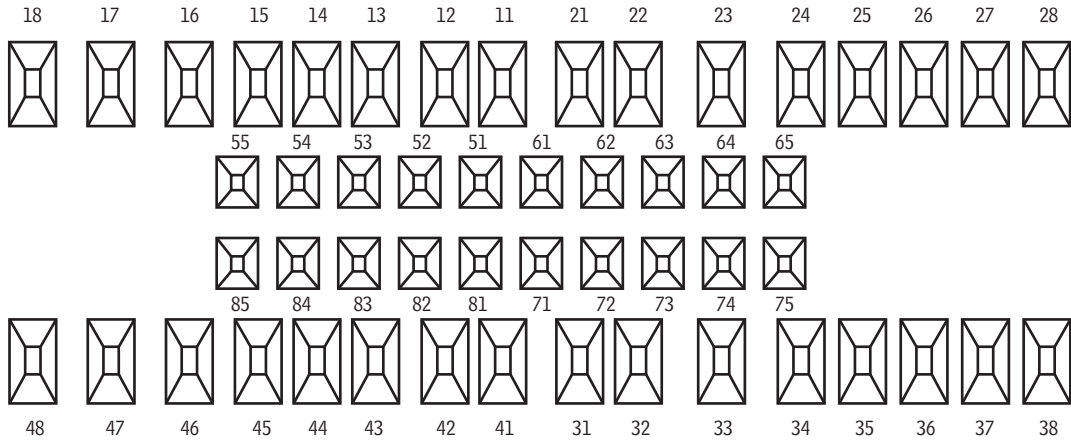
Fecha \_\_\_\_\_



Índice de placa actual \_\_\_\_\_ %

**Odontograma de segundo control de higiene bucal**

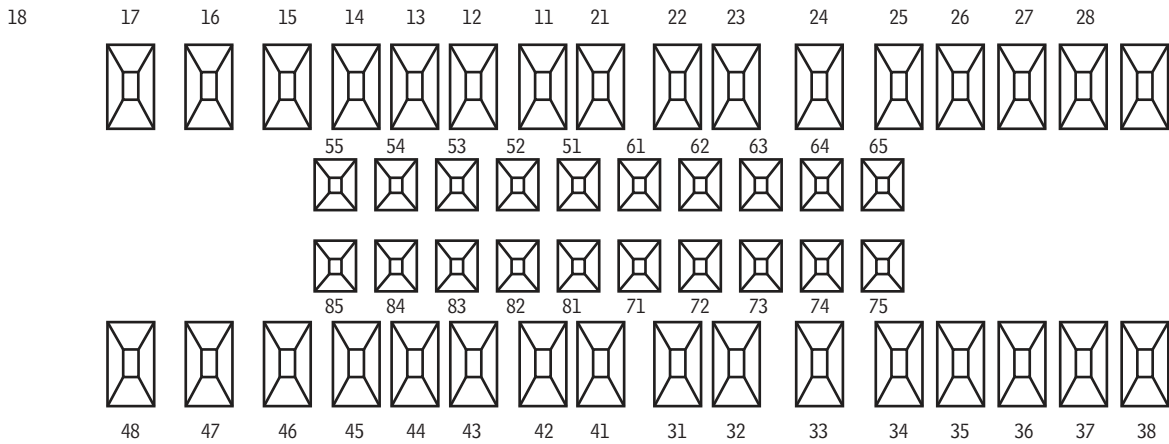
Fecha \_\_\_\_\_



Índice de placa actual \_\_\_\_\_ %

**Odontograma de tercer control de higiene bucal**

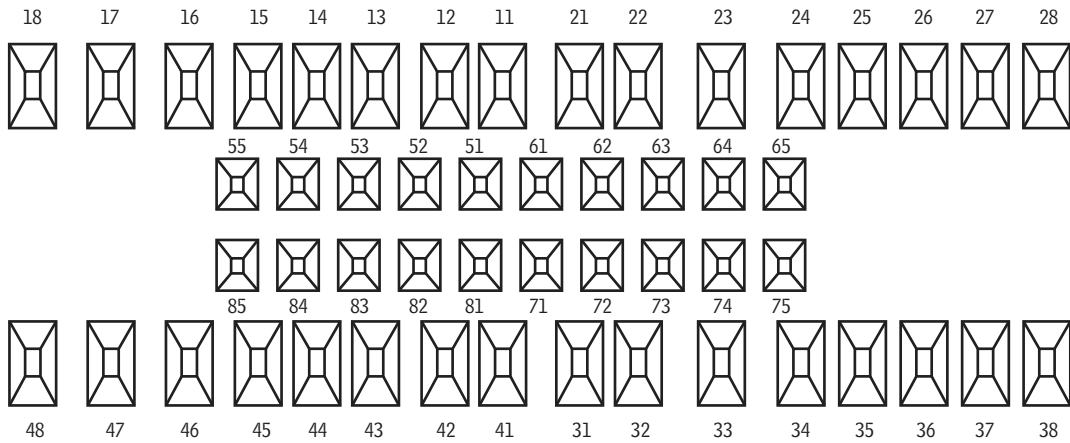
Fecha \_\_\_\_\_



Índice de placa actual \_\_\_\_\_ %

### Odontograma de cuarto control de higiene bucal

Fecha \_\_\_\_\_



Índice de placa actual \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de conformidad  
del paciente por el tratamiento realizado





CONFORME NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SUS NUMERALES 5.14. 6.1 AL 7.2 NOM-013-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES EN SUS NUMERALES 8.4.1, 8.4.2

### FORMATO 3 HISTORIA CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL

Expediente núm. \_\_\_\_\_

Folio de la hoja de especialidad \_\_\_\_\_

Nombre del CD \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

#### Odontograma

18 \_\_\_\_\_

28 \_\_\_\_\_

17 \_\_\_\_\_

27 \_\_\_\_\_

16 \_\_\_\_\_

26 \_\_\_\_\_

15 \_\_\_\_\_

25 \_\_\_\_\_

14 \_\_\_\_\_

24 \_\_\_\_\_

13 \_\_\_\_\_

23 \_\_\_\_\_

12 \_\_\_\_\_

22 \_\_\_\_\_

11 \_\_\_\_\_

21 \_\_\_\_\_

48 \_\_\_\_\_

38 \_\_\_\_\_

47 \_\_\_\_\_

37 \_\_\_\_\_

46 \_\_\_\_\_

36 \_\_\_\_\_

45 \_\_\_\_\_

35 \_\_\_\_\_

44 \_\_\_\_\_

34 \_\_\_\_\_

43 \_\_\_\_\_

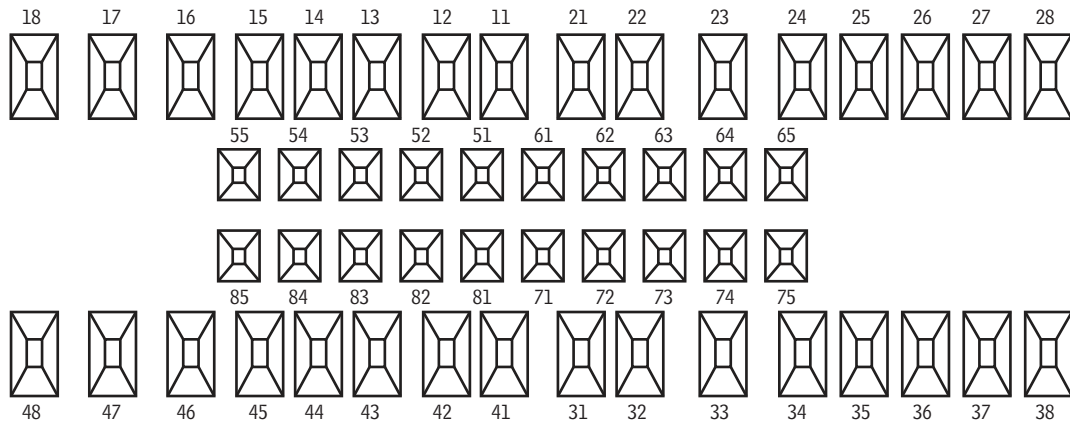
33 \_\_\_\_\_

42 \_\_\_\_\_

32 \_\_\_\_\_

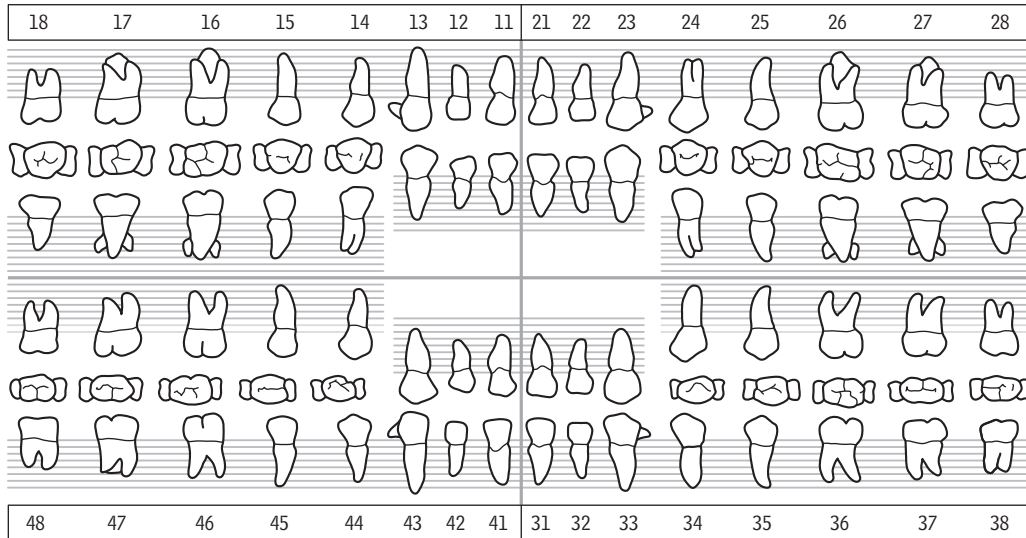
41 \_\_\_\_\_

31 \_\_\_\_\_



- |                                                |                                                              |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 0. Sano                                        | T. Traumatismo (fractura)                                    |
| 1. Con caries                                  | 9. No registrado                                             |
| 2. Obturado con caries                         | 11. Recesión gingival                                        |
| 3. Obturado sin caries                         | 12. Tratamiento de conductos                                 |
| 4. Perdido como resultado por caries           | 13. Instrumento separado en un conducto                      |
| 5. Perdido por cualquier otro motivo           | 14. Bolsas periodontales                                     |
| 6. Fisura obturada                             | 15. Fluorosis                                                |
| 7. Soporte de puente, corona, funda o implante | 16. Alteraciones de forma, número, tamaño, textura, posición |
| 8. Diente sin erupcionar                       | 17. Lesión endoperiodontal                                   |

### Odontograma de evolución



**Tratamientos realizados**

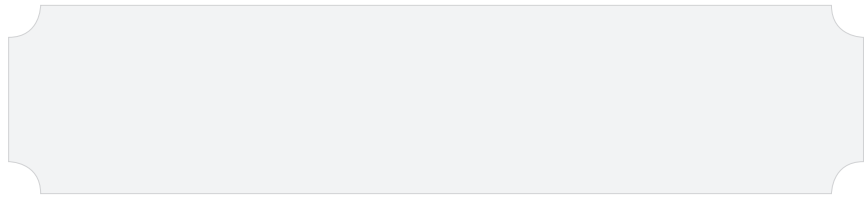
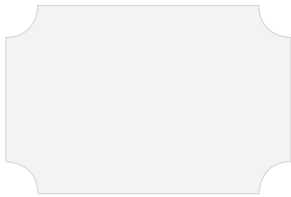
18 \_\_\_\_\_  
17 \_\_\_\_\_  
16 \_\_\_\_\_  
15 \_\_\_\_\_  
14 \_\_\_\_\_  
13 \_\_\_\_\_  
12 \_\_\_\_\_  
11 \_\_\_\_\_  
  
48 \_\_\_\_\_  
47 \_\_\_\_\_  
46 \_\_\_\_\_  
45 \_\_\_\_\_  
44 \_\_\_\_\_  
43 \_\_\_\_\_  
42 \_\_\_\_\_  
41 \_\_\_\_\_

28 \_\_\_\_\_  
27 \_\_\_\_\_  
26 \_\_\_\_\_  
25 \_\_\_\_\_  
24 \_\_\_\_\_  
23 \_\_\_\_\_  
22 \_\_\_\_\_  
21 \_\_\_\_\_  
  
38 \_\_\_\_\_  
37 \_\_\_\_\_  
36 \_\_\_\_\_  
35 \_\_\_\_\_  
34 \_\_\_\_\_  
33 \_\_\_\_\_  
32 \_\_\_\_\_  
31 \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de conformidad sobre los tratamientos realizados





F-4

CONFORME NOM-168-SSA1-1998 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2  
NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 7.2.7, 7.2.7.1, 7.2.7.1.1,  
7.2.7.1.2, 7.2.7.1.3

## FORMATO 4 HISTORIA CLÍNICA DE PRÓTESIS FIJA

Folio de la hoja de especialidad \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)

Nombre del CD \_\_\_\_\_

### Evaluación clínica

Dientes ausentes \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### *Restauraciones presentes*

Prótesis fija \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prótesis removible \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### *Región desdentada*

Relación corona-raíz de pilares \_\_\_\_\_

Soporte óseo \_\_\_\_\_

Estado periodontal de pilares \_\_\_\_\_

Interpretación radiográfica de la zona que se ha de rehabilitar y restaurar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Plan de tratamiento**

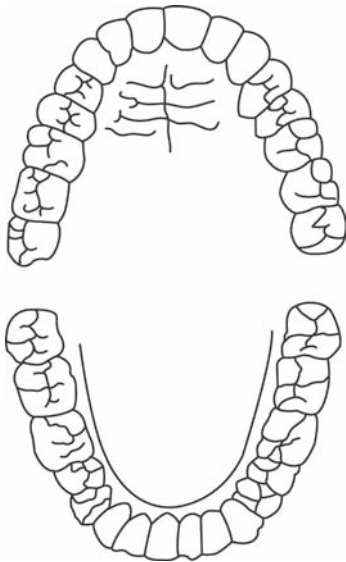
<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Modelos de estudio	_____	_____
Presentación de provisionales	_____	_____
Preparación de dientes pilares	_____	_____
Colocación de provisionales	_____	_____
Impresiones	_____	_____
Prueba de metales	_____	_____
Prueba de porcelana	_____	_____
Terminado	_____	_____

**Diseño de la restauración protésica**

Dientes pilares \_\_\_\_\_

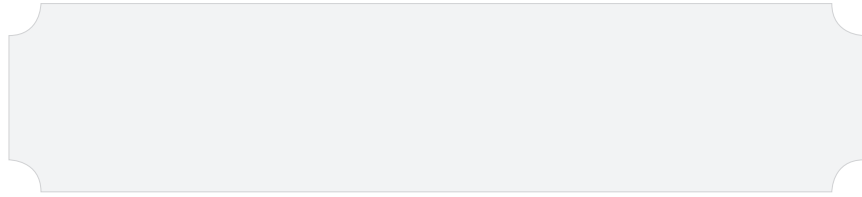
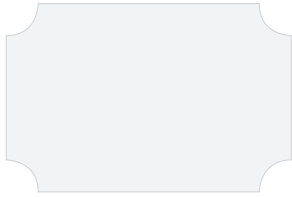
Pónticos \_\_\_\_\_

Restauraciones individuales \_\_\_\_\_



- Dientes pilares  AZUL
- Pónticos  ROJO
- Restauraciones individuales  AMARILLO

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad del paciente por el tratamiento realizado



CONFORME NOM-168-SSA1-1998  
 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2  
 NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 7.2.7,  
 7.2.7.1, 7.2.7.1.1, 7.2.7.1.2, 7.2.7.1.3

F-5

## FORMATO 5 HISTORIA CLÍNICA DE PRÓTESIS REMOVIBLE

Folio de la hoja de especialidad \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)

Nombre del CD \_\_\_\_\_

### Evaluación clínica

Dientes ausentes \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### *Restauraciones presentes*

Prótesis fija \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Prótesis removible \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### *Región desdentada*

Relación corona-raíz de pilares \_\_\_\_\_

Soporte óseo \_\_\_\_\_

Estado periodontal del área que se va a restaurar \_\_\_\_\_

Interpretación radiográfica de la zona que hay que restaurar \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### *Diseño de la restauración protésica*

Clasificación de Kennedy \_\_\_\_\_

Dientes pilares \_\_\_\_\_

Área desdentada \_\_\_\_\_

Tipo de conector mayor \_\_\_\_\_

Tipo de conector menor \_\_\_\_\_

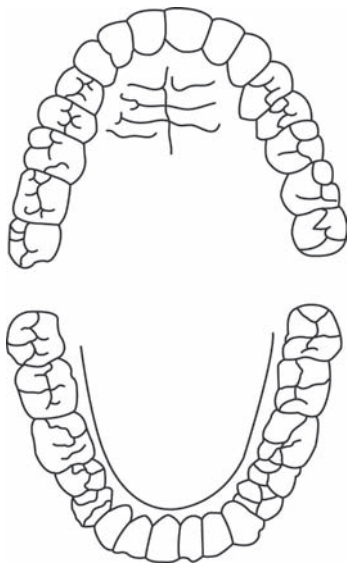
Tipos de ganchos que han de utilizarse y ubicación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Plan de tratamiento**

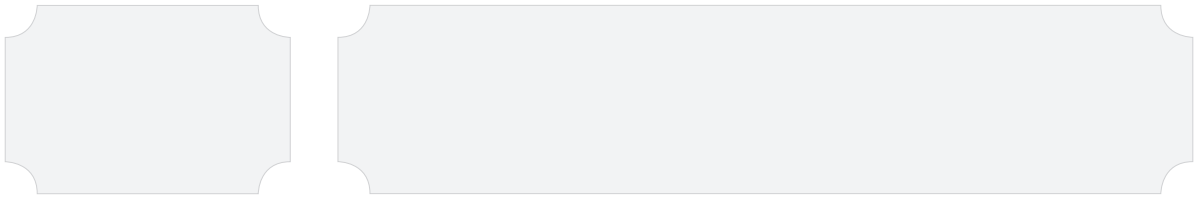
<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Presentación del caso	_____	_____
Preparaciones	_____	_____
Impresión	_____	_____
Prueba de metales	_____	_____
Prueba de rodillos	_____	_____
Prueba de oclusión	_____	_____
Entrega de prótesis e indicaciones	_____	_____
Primera revisión	_____	_____
Segunda revisión	_____	_____
Tercera revisión	_____	_____



- Dientes pilares   
AZUL
- Pónticos   
ROJO
- Restauraciones individuales   
AMARILLO

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad del paciente  
por el tratamiento realizado





CONFORME NOM-168-SSA1-1998  
 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2  
 NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 7.2.7,  
 7.2.7.1, 7.2.7.1.1, 7.2.7.1.2, 7.2.7.1.3

F-6

## FORMATO 6 HISTORIA CLÍNICA DE PROSTODONCIA TOTAL Y/O PARCIAL

Folio de la hoja de especialidad \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

Nombre del CD \_\_\_\_\_

### Evaluación clínica

Interpretación radiográfica \_\_\_\_\_

---



---



---

Estado del reborde alveolar \_\_\_\_\_

---



---



---

### *Plan de tratamiento*

<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Modelos de estudio	_____	_____
Modelos de trabajo	_____	_____
Base de registro y prueba de rodillos	_____	_____
Prueba de dientes y oclusión	_____	_____
Terminado	_____	_____

\_\_\_\_\_  
 Firma de conformidad del paciente  
 por el tratamiento realizado

Tipos de ganchos que hay que utilizar y ubicación \_\_\_\_\_

---



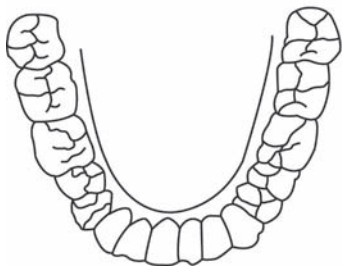
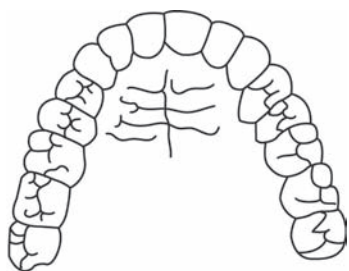
---



---

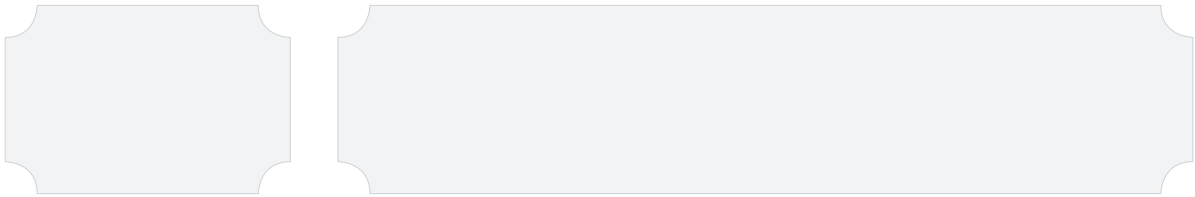
**Plan de tratamiento**

<i>Procedimiento</i>	<i>Fecha</i>	<i>Firma de conformidad del paciente</i>
Presentación del caso	_____	_____
Preparaciones	_____	_____
Impresión	_____	_____
Prueba de metales	_____	_____
Prueba de rodillos	_____	_____
Prueba de oclusión	_____	_____
Entrega de prótesis e indicaciones	_____	_____
Primera revisión	_____	_____
Segunda revisión	_____	_____
Tercera revisión	_____	_____



- Dientes pilares
- AZUL
- Pónticos
- ROJO
- Restauraciones individuales
- AMARILLO

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad del paciente  
por el tratamiento realizado



CONFORME NOM-168-SSA1-1998 NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2  
 NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 8.3, 8.3.14

## FORMATO 7 HISTORIA CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCAL

**F-7**

Expediente núm. \_\_\_\_\_

Folio de la hoja de especialidad \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido paterno
Apellido materno
Nombre(s)

Nombre del CD (tratante) \_\_\_\_\_

Enfermedades sistémicas \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o anestésicos \_\_\_\_\_

Padecimiento actual \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución \_\_\_\_\_ Sintomatología \_\_\_\_\_

Si hay dolor: Ubicación \_\_\_\_\_ Tiempo de evolución \_\_\_\_\_

Tipo de dolor \_\_\_\_\_

Pulsátil, irradiado, espontáneo, localizado, difuso

Dolor al masticar      Sí ( )      No ( )

Aumento de volumen      Sí ( )      No ( )

Secreción purulenta      Sí ( )      No ( )

Radiografía      Periapical ( )      Oclusal ( )      Ortopantomografía ( )

Interpretación radiográfica \_\_\_\_\_

Exploración de la región afectada. Especifique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

En caso de biopsia, **elaborar el examen clínico estomatológico** elemental y solicitud de estudio histopatológico.

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento \_\_\_\_\_

Diagnóstico posquirúrgico \_\_\_\_\_

Estado posquirúrgico inmediato del paciente

---

---

---

---

---

Incidentes, accidentes o complicaciones durante el procedimiento

---

---

---

---

---

Indicaciones posquirúrgicas

---

---

---

---

---

*Evaluación*

Bloqueo anestésico	_____
Antisepsia	_____
Incisión	_____
Colgajo	_____
Tratamiento de la zona intervenida	_____
Sutura	_____
Indicaciones posoperatorias	_____

Observaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cirujano \_\_\_\_\_

Asistente \_\_\_\_\_

Circulante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Hora de inicio

\_\_\_\_\_  
Hora de término

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad del paciente  
por el tratamiento realizado





### Antecedentes personales patológicos

Enfermedades propias de la infancia \_\_\_\_\_

Antecedentes traumáticos \_\_\_\_\_

Antecedentes quirúrgicos \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Transfusiones \_\_\_\_\_

Experiencia previa con anestesia \_\_\_\_\_

Padecimiento actual \_\_\_\_\_

### Interrogatorio por aparatos y sistemas

Respiratorio \_\_\_\_\_

Cardiovascular \_\_\_\_\_

Digestivo \_\_\_\_\_

Genitourinario \_\_\_\_\_

Menarca \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

Método anticonceptivo \_\_\_\_\_ Menopausia \_\_\_\_\_

Endocrino \_\_\_\_\_

Hemopoyético \_\_\_\_\_

Nervioso \_\_\_\_\_

Musculoesquelético \_\_\_\_\_

Tegumentario \_\_\_\_\_

Medicamentos que utiliza actualmente \_\_\_\_\_

### Inspección general

Cabeza \_\_\_\_\_

Ojos \_\_\_\_\_

Nariz \_\_\_\_\_

Cuello \_\_\_\_\_

### Exploración bucal

Labios \_\_\_\_\_

Carrillos \_\_\_\_\_

Lengua \_\_\_\_\_

Paladar duro \_\_\_\_\_

Paladar blando \_\_\_\_\_

Encías \_\_\_\_\_

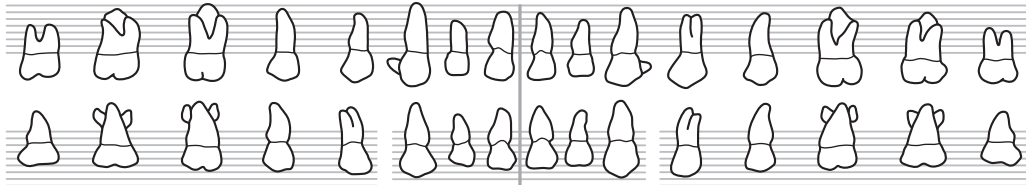
ATM \_\_\_\_\_

Dientes \_\_\_\_\_



**Periodontograma de diagnóstico**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																



	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																



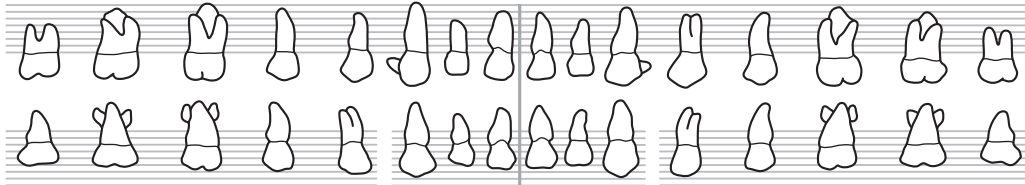
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																

1 Sondeo

2 Nivel de inserción clínica

**Periodontograma de evolución**

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																



	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
1																
2																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																



	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
1																
2																

1 Sondeo

2 Nivel de inserción clínica

Nombre y firma de conformidad sobre los tratamientos realizados

Nombre y firma del padre, madre o tutor  
de conformidad con el plan de tratamiento realizado

**Auxiliares de diagnóstico**

Radiografías \_\_\_\_\_

Modelos de estudio \_\_\_\_\_

Fotografías \_\_\_\_\_

Estudios de laboratorio \_\_\_\_\_

Diagnóstico de presunción sistémico \_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_

Pronóstico \_\_\_\_\_

Plan de tratamiento \_\_\_\_\_

---

Nombre y firma de conformidad y veracidad de los datos aportados  
del paciente, familiar o representante legal

---

Nombre y firma del cirujano dentista tratante y responsable  
por la prestación de los servicios (tratamientos periodontales)



## FORMATO 9 HISTORIA CLÍNICA DE ENDODONCIA

### Datos generales

Nombre del paciente _____		
Dirección _____		
Tel. _____	Sexo _____	Edad _____
Remitido por _____		
Fecha de inicio _____	Fecha de término _____	
Dientes que ha de tratarse _____		

F-9

### Interrogatorio

<i>Antecedentes</i>	<i>Dolor</i>	<i>Estímulo</i>
<input type="checkbox"/> Caries <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Abrasión <input type="checkbox"/> Resina <input type="checkbox"/> Amalgama <input type="checkbox"/> Incrustación <input type="checkbox"/> Corona <input type="checkbox"/> Poste <input type="checkbox"/> Tratamiento de conductos <input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Provocado	<input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Masticación <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Otro

<i>Examen intrabuca</i>	<i>Examen extrabuca</i>
<input type="checkbox"/> Exposición pulpar <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Traumatismo <input type="checkbox"/> Lesión en tejidos blandos	<input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Ganglios linfáticos

### Pruebas de sensibilidad pulpar

 Frío

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

 Decrece

 Incrementa

Diente testigo: OD \_\_\_\_\_

Prueba de cavidad \_\_\_\_\_

 Calor

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

 Decrece

 Incrementa

Diente testigo: OD \_\_\_\_\_

Prueba de cavidad \_\_\_\_\_

#### Prueba eléctrica

Diente problema OD \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_

 Positiva

### Pruebas periodontales

 Percusión horizontal

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

Movilidad

 Positiva

 Negativa

 I

 II

 III

 Percusión vertical

 Fugaz

 Persistente

 Localizado

 Irradiado

Sondeo periodontal

Profundidad de la bolsa \_\_\_\_\_

Palpación

 Positiva

 Negativa

### Interpretación radiográfica

<i>Cámara</i>	<i>Conducto</i>	<i>Periodonto</i>
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Estrecha	<input type="checkbox"/> Estrecho	<input type="checkbox"/> Ensanchado
<input type="checkbox"/> Calcificada	<input type="checkbox"/> Amplio	<input type="checkbox"/> Resorción apical
<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Preparado	<input type="checkbox"/> Hiper cementosis
<input type="checkbox"/> Perforación	<input type="checkbox"/> Obturado	<input type="checkbox"/> Lesión difusa
<input type="checkbox"/> Retracción	<input type="checkbox"/> Inmaduro	<input type="checkbox"/> Lesión circunscrita
<input type="checkbox"/> Obstrucción	<input type="checkbox"/> Retorsión interna	
	<input type="checkbox"/> Perforado	
	<input type="checkbox"/> Calcificado	
	<input type="checkbox"/> Fractura	

*Diagnóstico pulpar*

- Pulpa sana
- Pulpitis reversible
- Pulpitis irreversible
- Necrosis pulpar
- Despulpado
- Pulpitis hiperplásica

*Tratamiento*

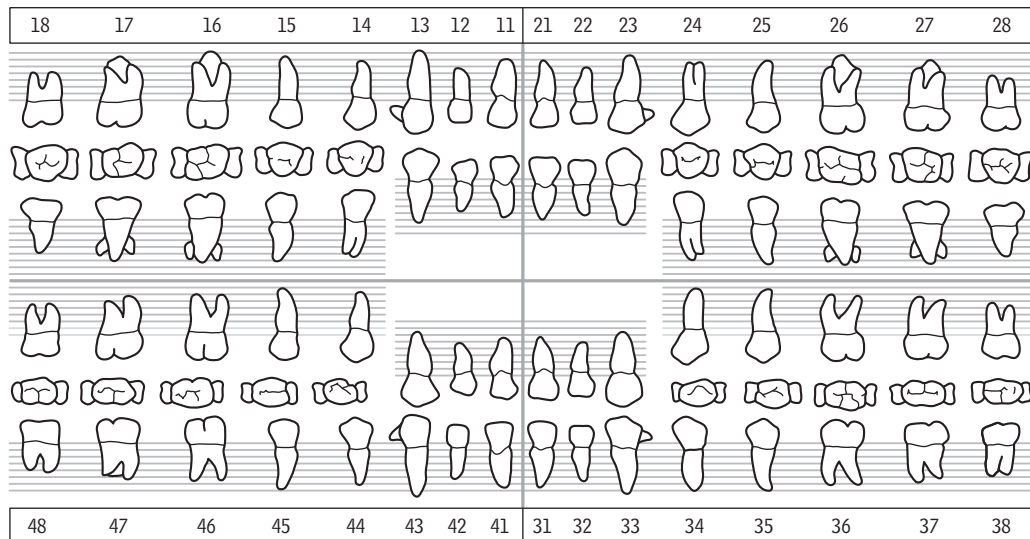
- Biopulpectomía
- Necropulpectomía
- Repetición de tratamiento
- Extirpación intencional
- Apicoformación
- Recromía
- Perno-muñón

*Diagnóstico periapical*

- Periapice sano
- Periodontitis aguda
- Periodontitis crónica
- Periodontitis crónica supurativa
- Absceso alveolar agudo
- Absceso fénix

*Cirugía*

- Curetaje apical
- Apicectomía
- Radisectomía
- Hemisección
- Hemirresección

**Odontograma de diagnóstico**

<i>Longitud de trabajo</i>	<i>Aparente</i>	<i>Real</i>	<i>Relación</i>
Mesial			
Mesiolingual			
Mesiovestibular			
Mesiopalatino			
Distal			
Distolingual			
Distopalatino			
Distovestibular			
Palatino			

Técnica de instrumentación \_\_\_\_\_

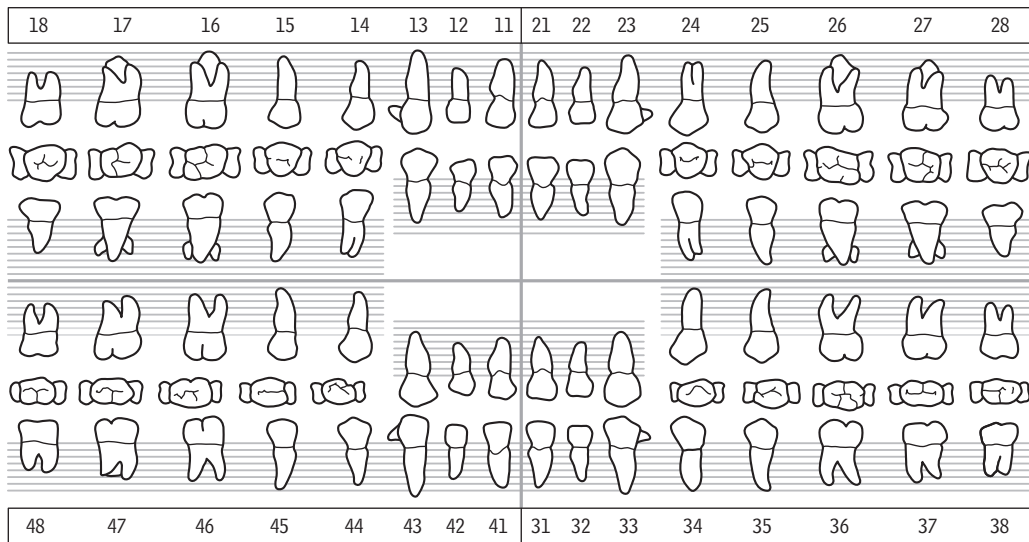
Técnica de obturación \_\_\_\_\_

Indicaciones \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Fecha de término \_\_\_\_\_

### Odontograma de evolución



Nombre y firma de conformidad  
sobre los tratamientos realizados

Nombre y firma del cirujano dentista tratante y responsable  
de la prestación de los servicios (endodónticos)





Tutor \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Representante legal \_\_\_\_\_

Firma de quien autoriza el tratamiento \_\_\_\_\_

Tel. particular \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo \_\_\_\_\_

**Antecedentes patológicos**

Es alérgico a algún medicamento:          Sí ( )          No ( )

Antibióticos ( )          Cuáles: \_\_\_\_\_

Sulfas ( )          Anestésicos ( )          Aspirinas ( )

Yodo ( )          Barbitúricos ( )          Sedantes ( )

Otro ( )          Alimentos ( )          Animales ( )

Ha estado bajo tratamiento:    Psicológico ( )    Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Psiquiátrico ( )    Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Ha tomado medicamentos contra el estrés: ( )    Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

Ha padecido o padece enfermedades:

Hipertensión ( )          Asma ( )          Traumatismo ( )

Hipotensión ( )          Enfs. respiratorias ( )          Musculoesqueléticos ( )

Fiebre reumática ( )          Tuberculosis ( )          Convulsiones ( )

Anemia ( )          Diabetes ( )          Epilepsia ( )

Hemofilia ( )          Hepatitis ( )          Esquizofrenia ( )

Hemorragias ( )          Renales ( )          Neurodermatitis ( )

Inmunológicos ( )          Vías urinarias ( )          Venéreas ( )

VIH/SIDA ( )          Gástricos ( )          Congénitas ( )

Migraña ( )          Endocrinos ( )          Neoplasias ( )

Trastornos respiratorios:

Disnea ( )          Cianosis ( )          Epistaxis ( )

Adenoides ( )          Sinusitis ( )          Amigdalitis frecuente ( )

Gripas frecuentes ( )          Rinitis alérgica ( )          Resfriados frecuentes ( )

Respirador bucal ( )

Ha tenido alguna cirugía o enfermedad seria no mencionada

Especifique: \_\_\_\_\_

Toma medicamentos actualmente: ( )    Cuáles \_\_\_\_\_

---



---



---



---

## Antecedentes no patológicos

Número de gesta: \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ Embarazo de alto riesgo ( )  
 Amenaza de aborto ( ) Cesárea ( ) Posición cefálica por fórceps ( )  
 Prematuro ( ) Parto natural ( ) Término gesta ( )  
 Alimentación: Pecho ( ) Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_  
 Biberón ( ) Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Alimentación balanceada. Comentario: \_\_\_\_\_

Deficiencias en la alimentación. Comentario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Desarrollo psicomotor: SNC Comentario: \_\_\_\_\_

Hiperactivo. Comentario: \_\_\_\_\_

Desarrollo tardío. Comentario: \_\_\_\_\_

Pedestación \_\_\_\_\_ Bipedestación \_\_\_\_\_ Deambulación: \_\_\_\_\_

Balbuceo: \_\_\_\_\_ P. palabras: \_\_\_\_\_ Lenguaje estructurado: \_\_\_\_\_

Erupción dentaria: \_\_\_\_\_ Cont. esf. Anal: \_\_\_\_\_ Cont. esf. Urin.: \_\_\_\_\_

Genitourinario. Enuresis: Prim. ( ) Sec. ( ) Menarca: \_\_\_\_\_

## Examen de la cavidad bucal

Higiene excelente ( ) Buena ( ) Deficiente ( )

### *Examen del periodonto*

Gingivitis ( ) Periodontitis moderada ( ) Periodontitis severa ( )

Placa bact. ( ) Sarro supragingival ( ) Sarro infragingival ( )

Halitosis ( ) Bolsas periodontales ( ) Absceso periodontal ( )

Parulia ( ) Recesión gingival ( ) Defectos óseos externos ( )

Grado de movilidad. Marque: Grado 1. Piezas: \_\_\_\_\_

Grado 2. Piezas: \_\_\_\_\_ Grado 3. Piezas: \_\_\_\_\_

Sensibilidad ( ) Otros: \_\_\_\_\_

Músculos del mentón: Hipertónicos ( ) Hipotónicos ( )

Especifique cuáles \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Examen de los labios. Anomalías de posición:

Proquelia: Superior ( ) Inferior ( )

Retroquelia: Superior ( ) Inferior ( )



Onicofagia	( )	Morder lápices, palillos	( )
Hábitos posturales en sueño	( )	Hábitos posturales en vigilia	( )
Otros			
Especifique	_____		
	_____		
	_____		
	_____		
	_____		

### Análisis ortodóntico

Auxiliares de diagnóstico. Análisis de modelos:

Oclusión: relación molar C-I	( )	Derecho	( )	Izquierdo	( )
Apiñamiento anterior: Superior	( )	Inferior	( )		
Relación molar C-II	( )	Derecho	( )	Izquierdo	( )
Apiñamiento anterior: Superior	( )	Inferior	( )		
Relación molar clase II Div. 1	( )	Derecha	( )	Izquierdo	( )
Apiñamiento anterior: Superior	( )	Inferior	( )		
Relación molar clase II Div. 2	( )	C. II derecha	( )	C. II izquierdo	( )
Relación molar clase C-III	( )	Derecha	( )	Izquierda	( )
Apiñamiento anterior: Superior	( )	Inferior	( )		
Mordida profunda	( )	Positiva	( )	Negativa	( )
Over bite: _____ mm		Over jet: _____ mm			
Mordida abierta	( )	Anterior	( )	Posterior	( )
				Der.	( )
				Izq.	( )
Mordida cruzada	( )	Unilateral	( )	Der.	( )
				Izq.	( )
				Mordida cruzada bilateral	( )
Desviación línea media. Hacia:		Derecha	( )	Izquierda	( )
				Desviación _____ mm	

### Forma del arco dental

Cuadrado	( )	Ovoide	( )	Triangular	( )
Curva de Spee:		Recta	( )	Curva	( )
				Severa	( )
				Ligera	( )
Curva de Wilson:		Positiva	( )	Negativa	( )

### Análisis del espacio

Espacio disponible:	Superior _____ mm	Inferior _____ mm
Espacio requerido:	Superior _____ mm	Inferior _____ mm
Discrepancia:	Superior _____ mm	Inferior _____ mm

**Odontograma ortodóntico**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- |                       |                                 |
|-----------------------|---------------------------------|
| Labioversión _____    | Agnesia _____                   |
| Linguoversión _____   | Ausencia por caries _____       |
| Mesioversión _____    | Bolsas periodontales _____      |
| Distoversión _____    | Resección gingival _____        |
| Ectópicos _____       | Abrasión _____                  |
| Supernumerarios _____ | Atrición _____                  |
| Macrodoncia _____     | Extracciones terapéuticas _____ |
| Microdoncia _____     | Diastemas en _____              |
| Geminación _____      | <i>Dens in dens</i> _____       |
| Fusión _____          | Otros _____                     |

***Aparatología ortodóntica***

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| Bandas _____   | Otros ( ) _____ |
| Brackets _____ |                 |

***Análisis extrabucal***

- |                     |                  |                |                  |
|---------------------|------------------|----------------|------------------|
| Morfología craneal: | Dolicocéfalo ( ) | Mesocéfalo ( ) | Braquicéfalo ( ) |
| Índice cefálico =   | - de 76          | 76 a 81        | + de 81          |

$$\text{Índice craneal} = \frac{\text{Diámetro transverso máximo} \times 100}{\text{Diámetro anteroposterior máximo}}$$

Asimetrías craneales ( )                      Anteroposteriores ( )                      Transversas ( )

Especifique \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### ***Fotografías de frente***

Tipo facial:                      Leptoprosopo ( )                      Mesoprosopo ( )                      Euriprosopo ( )  
                                                  Dolicofacial                      Mesofacial                      Braquifacial  
                                                  + de 104                      97 a 104                      – de 97

$$\text{Índice facial} = \frac{\text{Distancia ofrion-gnación} \times 100}{\text{Distancia bicigomática}}$$

Asimetrías faciales ( )                      Verticales ( )                      Horizontales ( )

Laterognasia.                      Derecha ( )                      Izquierda ( )

Otros

Especifique \_\_\_\_\_

Nariz:                      Grande ( )                      Mediana ( )                      Pequeña ( )

Tabique nasal:                      Normal ( )                      Desviado ( )                      Der. ( )                      Izq. ( )

Orificios nasales:                      Normales ( )                      Estrechos ( )                      Der. ( )                      Izq. ( )

Perfil facial:                      Recto ( )                      Convexo ( )                      Cóncavo ( )

Dorso de la nariz:                      Recta ( )                      Convexa ( )                      Cóncava ( )

### ***Relaciones maxilomandibulares***

Maxilar:                      Normal ( )                      Retrusivo ( )                      Protrusivo ( )

Mandíbula:                      Normal ( )                      Retrognata ( )                      Prognata ( )

Biprotusión maxilar ( )                      Hipoplasia maxilomandibular ( )

Micrognatia ( )                      Macrogнатia ( )

### ***Análisis miofuncional***

Articulación temporomandibular:

Dolor a la palpación ( )                      A. derecha ( )                      A. izquierda ( )

Ruidos: Chasquidos ( )                      A. derecha ( )                      A. izquierda ( )

                                                 Crepitación ( )                      A. derecha ( )                      A. izquierda ( )

                                                 Luxación ( )                      A. derecha ( )                      A. izquierda ( )

### ***Dolor al desplazamiento***

Excéntrica der. ( )                      Excéntrica izq. ( )                      Anterior ( )                      Posterior ( )

Dolor al realizar la palpación muscular:

Temporal.	Derecho ( )	Izquierdo ( )
Masetero.	Derecho ( )	Izquierdo ( )
Pterigoideo interno	Derecho ( )	Izquierdo ( )
Pterigoideo externo	Derecho ( )	Izquierdo ( )
Otros		
Especifique _____		

### ***Movimientos de la mandíbula. Desviación a la abertura***

(Hacia la izq.) Levognatia ( )	(Hacia la der.) Dextrognatia ( )
En la abertura: Normal ( )	Limitada ( )
Abertura maxilomandibular _____ mm	
Interferencias oclusales. Zonas de interferencia y piezas involucradas:	
Especifique _____	

### **Dentición mixta**

Espacios de primate ( )	Espacios fisiológicos o de desarrollo ( )
Espacios de primate y espacios fisiológicos ( )	Espacios cerrados ( )

Predicción de los anchos M-D de premolares y caninos  
Tabla de probabilidades a partir de 21 / 12 a 75 %.

Arco superior:	Ancho M-D de 21/12 = _____ mm
	Ancho M-D de 3, 4, 5 = _____ mm
Arco inferior:	Ancho M-D de 12/12 = _____ mm
	Ancho M-D de 3, 4, 5 = _____ mm

### ***Planos terminales. Relación MD de los segundos molares temporales***

Plano tipo vertical ( )	PTV unilateral ( )	PTV bilateral ( )
Tipo escalón mesial ( )	TEM unilateral ( )	TEM bilateral ( )
Tipo escalón mesial distal ( )	TED unilateral ( )	TED bilateral ( )

Índice de pont. ancho promedio de los maxilares:

$$\text{Índice de los premolares} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Ancho ant. de la arcada dentaria}}$$

$$\text{Índice de los molares} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Ancho post. de la arcada dentaria}}$$

$$\text{Ancho ant. de la arc. dent.} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Índice de los premolares}}$$



$$\text{Ancho post. de la arc. dent.} = \frac{\text{Suma de los incisivos} \times 100}{\text{Índice de los molares}}$$

### ***Análisis radiográfico: Ortopantomografía***

Dientes retenidos: \_\_\_\_\_ Dientes ectópicos: \_\_\_\_\_  
 Dientes ausentes congénitos: \_\_\_\_\_ Dientes extraídos: \_\_\_\_\_  
 Restos radiculares de: \_\_\_\_\_ Supernumerarios entre: \_\_\_\_\_  
*Dens in dens* en: \_\_\_\_\_ Geminación de: \_\_\_\_\_  
 Dientes anquilosados: \_\_\_\_\_ Resorción radicular de: \_\_\_\_\_  
 Dislaceración en: \_\_\_\_\_ Dientes obturados: \_\_\_\_\_  
 Piezas con caries: \_\_\_\_\_ Lesiones periapicales \_\_\_\_\_  
 Dientes con endodoncia: \_\_\_\_\_ Diastemas: \_\_\_\_\_  
 Prótesis fija en: \_\_\_\_\_  
 Cornetes: Normal ( )                      Inflamados: Derecho ( )                      Izquierdo ( )

### ***Calcificación dental. Referencia según los estadios de la tabla de Nolla***

0. Ausencia de cripta: \_\_\_\_\_ 6. Corona completa: \_\_\_\_\_  
 1. Presencia de cripta: \_\_\_\_\_ 7. 1/3 de raíz completa: \_\_\_\_\_  
 2. Calcificación inicial: \_\_\_\_\_ 8. 2/3 de raíz completa: \_\_\_\_\_  
 3. 1/3 de corona completa: \_\_\_\_\_ 9. Raíz c/compl. ápice abierto: \_\_\_\_\_  
 4. 2/3 de corona completa: \_\_\_\_\_ 10. Ápice rad. compl.: \_\_\_\_\_  
 5. Corona casi completa: \_\_\_\_\_

Lesiones quísticas o tumorales, densidad ósea, destrucción alveolar extensa, anomalías condilares o de ATM.

Otros

Especifique \_\_\_\_\_

### ***Radiografía del índice Carpiano. Según grado de maduración de Todd***

#### ***Grado de osificación de las epífisis y diáfisis***

Etapas iniciales ( )                      Etapa media. Capuchón ( )                      Etapa de osificación ( )  
 Osificación de epífisis y diáfisis del cúbito y radio:

Grado de osificación

Hueso pisiforme:	Inicial ( )	Medio ( )	Avanzada ( )
Hueso gancho:	Inicial ( )	Medio ( )	Avanzada ( )
Hueso sesamoideo:	Inicial ( )	Medio ( )	Avanzada ( )

Interpretación. Edad ósea del paciente, su estadio y magnitud de crecimiento

Especifique \_\_\_\_\_

Radiografía anteroposterior: Sí ( ) No ( )

Trazado cefalomérico frontal de Ricketts. Interpretación:

---

---

---

Estudio radiográfico de articulación temporomandibular: Sí ( ) No ( )

Interpretación

---

***Radiografía lateral de cráneo***

***Análisis cefalométrico empleado***

Ricketts, Steiner, McNamara, Harvord, Járavak, Dawns, Wit, Tweed, Rally, Williams

Predicción de crecimiento.

Otros: ( )

Especifique

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Pronóstico del tratamiento

---

---

Diagnóstico final. Interpretación

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Objetivos del tratamiento

---

---

Plan de tratamiento

**Nota de evolución**

*Cita*

*Fecha*

*Procedimiento realizado*

Cita de terminación y fecha

Procedimiento

---

---

---

Citas complementarias, correcciones importantes \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Observaciones \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

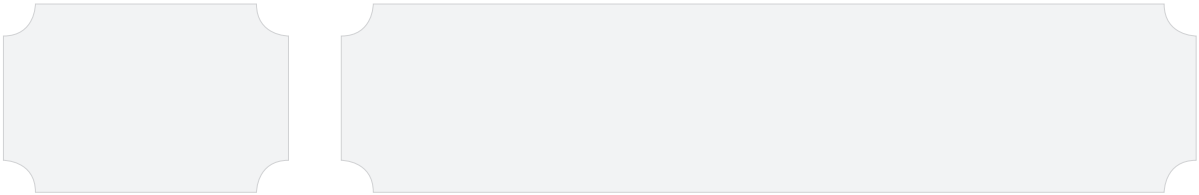
---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del cirujano dentista  
especialista en ortodoncia y/u ortopedia maxilar

\_\_\_\_\_  
Firma de conformidad del paciente,  
familiar, tutor o representante legal



CONFORME A LA NOM-168-SSA1-1998  
DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SU  
NUMERALES 5.14, 6.1 AL 7.2 NOM-013-SSA2-1994  
NUMERALES 7.2.2, 8.1, 7.2.2, 7.2.2.8.3, 8.2, 8.3.5.1, 8.3.5.2

# FORMATO 11

## HISTORIA CLÍNICA ESTOMATOLÓGICA DE ODONTOPEDIATRÍA

### Ficha de identificación

Fecha        /        /         
                Día        Mes        Año

Expediente núm. \_\_\_\_\_

### ***1. Interrogatorio***

Nombre \_\_\_\_\_  
                                                Apellido paterno                                                          Apellido materno                                                          Nombre(s)

Edad: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
                                                        (Estado)                                                          (Ciudad)                                                          (Día)                  (Mes)                  (Año)

No derechohabiente  Derechohabiente

Escolaridad \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_

Núm. exterior \_\_\_\_\_ Núm. interior \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Mpio. \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Nombre del médico pediatra familiar \_\_\_\_\_

Teléfono del médico pediatra \_\_\_\_\_

Fecha y motivo de la última consulta médica u odontológica \_\_\_\_\_

### **Antecedentes hereditarios y familiares**

#### ***Padecimientos de familiares en línea directa***

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Tíos \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_

### Antecedentes personales patológicos

Su hijo ha padecido alguna de las enfermedades siguientes

	Sí	No	
Asma	( )	( )	
Epilepsia	( )	( )	
Enfermedades cardiacas	( )	( )	
Hepatitis	( )	( )	Tipo _____
Enfermedades renales	( )	( )	
Trastornos hepáticos	( )	( )	
Poliomielitis	( )	( )	
Sarampión	( )	( )	
Tos ferina	( )	( )	
Varicela	( )	( )	
Escarlatina	( )	( )	
Difteria	( )	( )	
Tifoidea	( )	( )	
Parotiditis	( )	( )	
Fiebre reumática	( )	( )	
Tuberculosis	( )	( )	
Fiebres eruptivas	( )	( )	
Anemia	( )	( )	
Otras _____			

Ha estado en tratamiento médico en alguna etapa de su vida      Sí ( )      No ( )

Cuál fue el motivo \_\_\_\_\_

Su hijo toma algún medicamento actualmente (motivo) \_\_\_\_\_

Ha tenido trastornos mentales, emocionales o nerviosos \_\_\_\_\_

### Antecedentes personales no patológicos

Hábitos higiénicos: En el vestir \_\_\_\_\_ Corporales \_\_\_\_\_ Bucales \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia realiza la higiene de su boca al día \_\_\_\_\_

Utiliza auxiliares de higiene bucal    Sí ( )    No ( )    Cuáles son: \_\_\_\_\_

Consumo golosinas u otro tipo de alimentos entre comidas      Sí ( )      No ( )

Grupo sanguíneo \_\_\_\_\_ Factor Rh \_\_\_\_\_ Cuenta con *Cartilla de vacunación*:    Sí ( )    No ( )

Tiene el esquema de vacunación completo:    Sí ( )    No ( )

Especifique cuál falta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Padecimiento actual**


---



---



---

Antecedentes alérgicos

Antibióticos Analgésicos Anestésicos Alimentos 

Especifique

\_\_\_\_\_

**Interrogatorio por aparatos y sistemas**

Aparato digestivo \_\_\_\_\_

---



---



---

Disfagia, náuseas, vómito, diarrea crónica, pirosis, hematemesis, ictericia

Aparato respiratorio \_\_\_\_\_

---



---



---

Obstrucción nasal, tos, rinorrea, expectoración, disnea, cianosis, epistaxis, hemoptisis

Aparato cardiovascular \_\_\_\_\_

---



---



---

Dolor precordial, fosfenos, lipotimia, taquicardia, hipertensión, hipotensión, acúfenos, disnea, cefalea, mareos, taquicardia, bradicardia

Aparato genitourinario \_\_\_\_\_

---



---



---

Incontinencia urinaria, dolor lumbar, disuria, hematuria, edema, nicturia, poliuria

Sistema endocrino \_\_\_\_\_

---



---



---

Poliuria, polidipsia, polifagia, exoftalmo, hipertensión, nerviosismo, temblores, insomnio, pérdida o aumento de peso, intolerancia al frío o calor

Sistema hemopoyético \_\_\_\_\_

---



---



---

Hemorragia, epistaxis, hematuria, hematemesis, petequias, equimosis, adenopatías

Sistema nervioso \_\_\_\_\_

---



---



---

Convulsiones, cefalea, lipotimia, parestesia, vértigo, temblor

Sistema musculoesquelético \_\_\_\_\_

---



---



---

Deformidad articular, dolor articular, limitación de movimiento

Aparato tegumentario \_\_\_\_\_

---



---



---

Cambio de color en piel, erupciones, prurito, hiperhidrosis, pérdida de cabello o vello, sequedad de piel

## Exploración física

Habitus exterior \_\_\_\_\_

---



---



---

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Complejón \_\_\_\_\_

Signos vitales FC \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

### *Exploración de cabeza y cuello*

Cabeza	Exostosis <input type="checkbox"/>	Endostosis <input type="checkbox"/>	
Cráneo	Dolicocefálico <input type="checkbox"/>	Mesocefálico <input type="checkbox"/>	Braquicefálico <input type="checkbox"/>
Cara	Asimetrías:	Transversales <input type="checkbox"/>	Longitudinales <input type="checkbox"/>
Perfil	Cóncavo <input type="checkbox"/>	Convexo <input type="checkbox"/>	Recto <input type="checkbox"/>
Piel	Normal <input type="checkbox"/>	Pálida <input type="checkbox"/>	Cianótica <input type="checkbox"/> Enrojecida <input type="checkbox"/>



Músculos Hipotónicos  Hipertónicos  Espásticos

Cuello Se palpa la cadena ganglionar Sí ( ) No ( )

Otros \_\_\_\_\_

**Exploración del aparato estomatognático**

***Articulación temporomandibular***

Ruidos	Sí ( )	No ( )	Lateralidad ( )	Abertura ( )
Chasquidos			Sí ( )	No ( )
Crepitación			Sí ( )	No ( )
Dificultad para abrir la boca			Sí ( )	No ( )
Dolor a la abertura o movimientos de lateralidad			Sí ( )	No ( )
Fatiga o dolor muscular			Sí ( )	No ( )
Disminución de la abertura			Sí ( )	No ( )
Desviación a la abertura o cierre			Sí ( )	No ( )

***Tejidos blandos***

Ganglios \_\_\_\_\_

Glándulas salivales \_\_\_\_\_

Labio externo \_\_\_\_\_

Borde bermellón \_\_\_\_\_

Labio interno \_\_\_\_\_

Comisuras \_\_\_\_\_

Carrillos \_\_\_\_\_

Fondo de saco \_\_\_\_\_

Lengua tercio medio \_\_\_\_\_

Frenillos \_\_\_\_\_

Paladar duro \_\_\_\_\_

Paladar blando \_\_\_\_\_

Ítmo bucofaringe \_\_\_\_\_

Lengua dorso \_\_\_\_\_

Lengua bordes \_\_\_\_\_

Lengua ventral \_\_\_\_\_

Piso de la boca \_\_\_\_\_

Dientes \_\_\_\_\_

Mucosa del borde alveolar \_\_\_\_\_

Encía \_\_\_\_\_

A continuación describa: lesión elemental, número de lesiones, forma, tamaño, color, superficie, base, consistencia, sintomatología, etiología, evolución, tratamiento recibido, cuadrante de ubicación.

**Análisis de la oclusión**

Plano terminal \_\_\_\_\_ Clase de oclusión \_\_\_\_\_  
 Mesial, mesial exagerado, distal, recto I-II-III

Línea media Normal ( ) Desviada izquierda ( ) Desviada derecha ( )

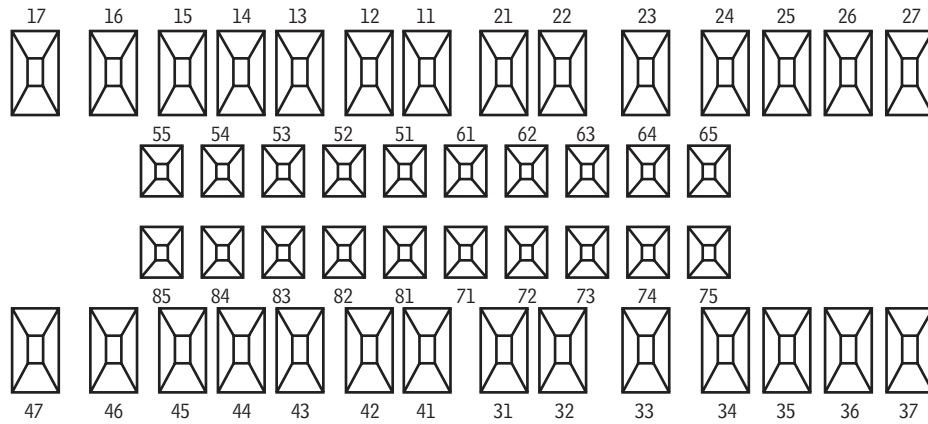
Sobremordida vertical Normal ( ) Abierta ( ) Profunda ( )

Sobremordida horizontal Normal ( ) Borde a borde ( )

Clase II \_\_\_\_\_ mm Clase III \_\_\_\_\_ mm

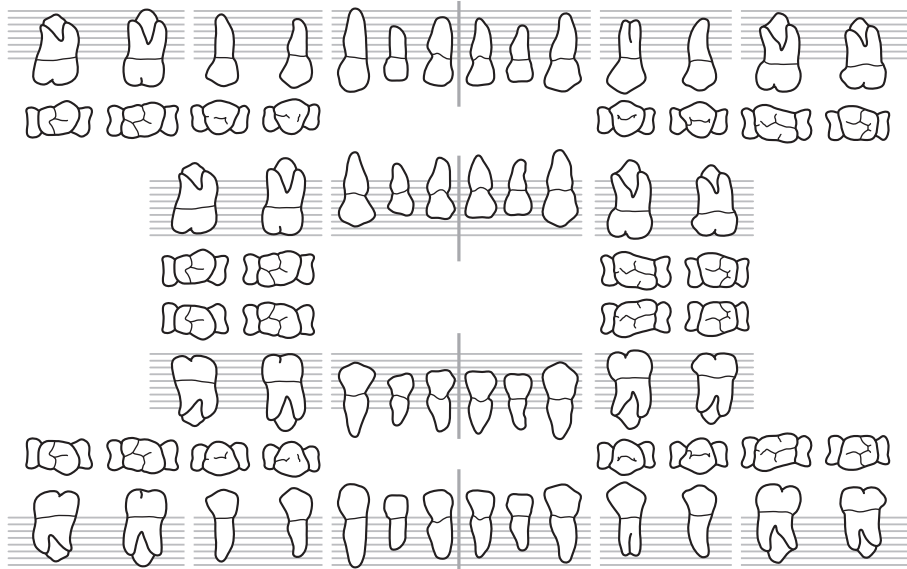
Mordida cruzada Anterior ( ) Posterior ( ) Unilateral ( ) Bilateral ( )

**Índice de higiene bucal**



Índice de placa actual \_\_\_\_\_ %

**Odontograma diagnóstico**



17 \_\_\_\_\_  
16 \_\_\_\_\_  
15 \_\_\_\_\_  
14 \_\_\_\_\_  
13 \_\_\_\_\_  
12 \_\_\_\_\_  
11 \_\_\_\_\_

27 \_\_\_\_\_  
26 \_\_\_\_\_  
25 \_\_\_\_\_  
24 \_\_\_\_\_  
23 \_\_\_\_\_  
22 \_\_\_\_\_  
21 \_\_\_\_\_

55 \_\_\_\_\_  
54 \_\_\_\_\_  
53 \_\_\_\_\_  
52 \_\_\_\_\_  
51 \_\_\_\_\_

65 \_\_\_\_\_  
64 \_\_\_\_\_  
63 \_\_\_\_\_  
62 \_\_\_\_\_  
61 \_\_\_\_\_

85 \_\_\_\_\_  
84 \_\_\_\_\_  
83 \_\_\_\_\_  
82 \_\_\_\_\_  
81 \_\_\_\_\_

75 \_\_\_\_\_  
74 \_\_\_\_\_  
73 \_\_\_\_\_  
72 \_\_\_\_\_  
71 \_\_\_\_\_

47 \_\_\_\_\_  
46 \_\_\_\_\_  
45 \_\_\_\_\_  
44 \_\_\_\_\_  
43 \_\_\_\_\_  
42 \_\_\_\_\_  
41 \_\_\_\_\_

37 \_\_\_\_\_  
36 \_\_\_\_\_  
35 \_\_\_\_\_  
34 \_\_\_\_\_  
33 \_\_\_\_\_  
32 \_\_\_\_\_  
31 \_\_\_\_\_

- A/0. Sano
- B/1. Con caries
- C/2. Obturado con caries
- D/3. Obturado sin caries
- E/4. Perdido como resultado por caries
- /5. Perdido por cualquier otro motivo
- F/6. Fisura obturada
- G/7. Soporte de puente, corona, funda o implante
- /8. Diente sin erupcionar

- T/T. Traumatismo (fractura)
- /9. No registrado
- 11. Recesión gingival
- 12. Tratamiento de conductos
- 13. Instrumento separado en un conducto
- 14. Bolsas periodontales
- 15. Fluorosis
- 16. Alteraciones de forma, número, tamaño, textura, posición
- 17. Lesión endoperiodontal

Diagnóstico(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Odontología preventiva

Operatoria

Cirugía

Ortodoncia preventiva

Ortodoncia interceptiva

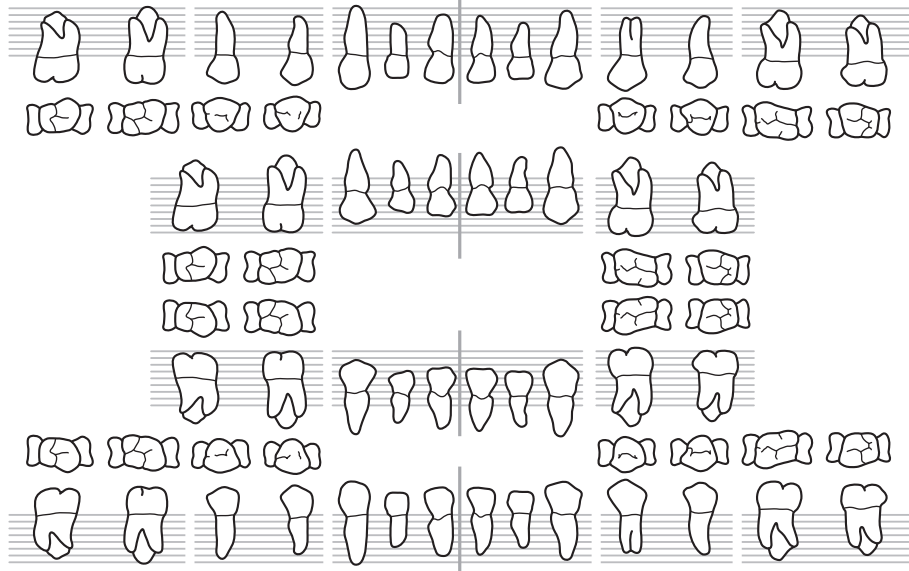
Ortodoncia correctiva

Tratamientos pulpares

Restauraciones con coronas de acero, cromo u otras

Nombre y firma del padre, madre o tutor  
de conformidad con el plan de tratamiento propuesto

**Odontograma de evolución**



- 17 \_\_\_\_\_
- 16 \_\_\_\_\_
- 15 \_\_\_\_\_
- 14 \_\_\_\_\_
- 13 \_\_\_\_\_
- 12 \_\_\_\_\_
- 11 \_\_\_\_\_
  
- 55 \_\_\_\_\_
- 54 \_\_\_\_\_
- 53 \_\_\_\_\_
- 52 \_\_\_\_\_
- 51 \_\_\_\_\_
  
- 85 \_\_\_\_\_
- 84 \_\_\_\_\_
- 83 \_\_\_\_\_
- 82 \_\_\_\_\_
- 81 \_\_\_\_\_
  
- 47 \_\_\_\_\_
- 46 \_\_\_\_\_

- 27 \_\_\_\_\_
- 26 \_\_\_\_\_
- 25 \_\_\_\_\_
- 24 \_\_\_\_\_
- 23 \_\_\_\_\_
- 22 \_\_\_\_\_
- 21 \_\_\_\_\_
  
- 65 \_\_\_\_\_
- 64 \_\_\_\_\_
- 63 \_\_\_\_\_
- 62 \_\_\_\_\_
- 61 \_\_\_\_\_
  
- 75 \_\_\_\_\_
- 74 \_\_\_\_\_
- 73 \_\_\_\_\_
- 72 \_\_\_\_\_
- 71 \_\_\_\_\_
  
- 37 \_\_\_\_\_
- 36 \_\_\_\_\_

45 \_\_\_\_\_  
44 \_\_\_\_\_  
43 \_\_\_\_\_  
42 \_\_\_\_\_  
41 \_\_\_\_\_

35 \_\_\_\_\_  
34 \_\_\_\_\_  
33 \_\_\_\_\_  
32 \_\_\_\_\_  
31 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre, madre o tutor  
de conformidad con el plan de tratamiento realizado

Interpretación radiográfica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estudios de laboratorio y gabinete \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interpretación de los estudios de laboratorio y gabinete \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del cirujano dentista tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre, madre o tutor sobre la veracidad de  
de los datos aportados

CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD  
TÍTULO QUINTO CAPÍTULO ÚNICO, INVESTIGACIÓN PARA  
SALUD ARTÍCULO 100 FRACCIÓN IV. ARTÍCULOS 102 Y 103.  
NOM-168-SSA1-1998. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SU  
NUMERAL 4.2

## FORMATO 12

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El(la) que suscribe \_\_\_\_\_

Con domicilio \_\_\_\_\_

En mi carácter de \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Manifiesto que el cirujano dentista \_\_\_\_\_

Amablemente me informé de manera verbal, libre y sin coerción alguna, en forma clara, sencilla y suficiente, acerca del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento para mi padecimiento.

Estoy informado(a) que durante la práctica de la estomatología u odontología y sus diversas disciplinas de especialización en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones e incluso posibilidad de que se presente una emergencia medicoodontológica; por tanto, como los resultados no se pueden garantizar, acepto afrontar los riesgos por ser mayor el beneficio esperado.

Diagnóstico(s) \_\_\_\_\_

Tratamiento(s) por realizar \_\_\_\_\_

Tratamiento(s) alternativos \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento \_\_\_\_\_

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento \_\_\_\_\_

Por lo anterior se me explicó que para tratar o confirmar mi diagnóstico, es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: \_\_\_\_\_

Cirujano dentista \_\_\_\_\_ Cédula profesional \_\_\_\_\_

Fecha y hora \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Por lo anterior firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar

#### Paciente, padre o tutor, representante legal o familiar

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

F-12

**Primer testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Segundo testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

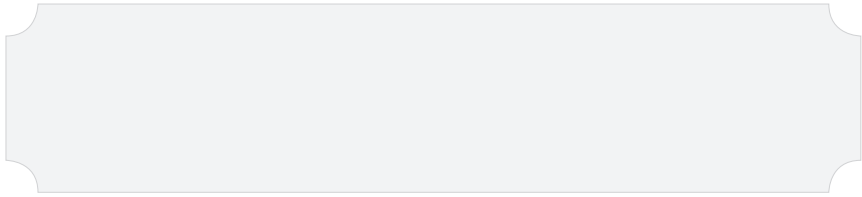
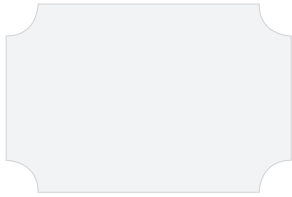
Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Con base en el *Código Civil*. Obligaciones en general sobre el consentimiento informado artículos 1803 y 1812.





CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD  
TÍTULO QUINTO CAPÍTULO ÚNICO, INVESTIGACIÓN PARA  
SALUD ARTÍCULO 100 FRACCIÓN IV, ARTÍCULOS 102 Y 103,  
NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SU NUMERAL 4.2

### FORMATO 13

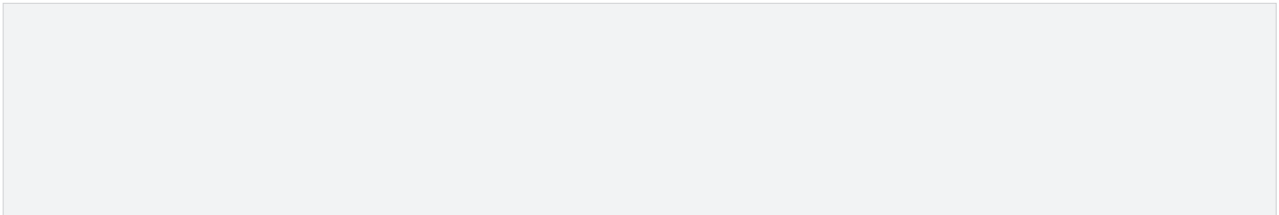
## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO O BAJO INFORMACIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL ESTOMATOLÓGICA

El(la) que suscribe \_\_\_\_\_

Con domicilio \_\_\_\_\_

En mi carácter de \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Manifiesto que el cirujano dentista \_\_\_\_\_



Diagnóstico(s) \_\_\_\_\_

Tratamiento(s) por realizar \_\_\_\_\_

Tratamiento(s) alternativos \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento \_\_\_\_\_

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar \_\_\_\_\_

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento \_\_\_\_\_

Por lo anterior se me explicó que para tratar o confirmar mi diagnóstico, es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: \_\_\_\_\_

Cirujano dentista \_\_\_\_\_ Cédula profesional \_\_\_\_\_

Fecha y hora \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Por lo anterior firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar

F-13

**Paciente, padre o tutor, representante legal o familiar**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Primer testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

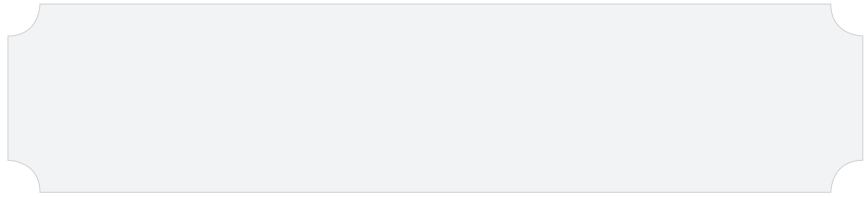
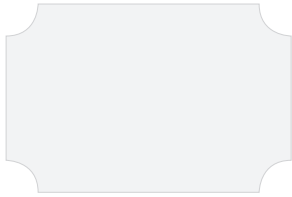
**Segundo testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Con base en el *Código Civil*. Obligaciones en general sobre el consentimiento informado artículos 1803 y 1812.



CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD.  
TÍTULO QUINTO Y CAPÍTULO ÚNICO, INVESTIGACIÓN PARA  
SALUD ARTÍCULO 100 FRACCIÓN IV. ARTÍCULOS 102 Y 103.  
NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SU NUMERAL 4.2

## FORMATO 14

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO O BAJO INFORMACIÓN EN UNA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El(la) que suscribe \_\_\_\_\_  
 Con domicilio \_\_\_\_\_  
 En mi carácter de \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_  
 Padecimiento actual \_\_\_\_\_ Diagnóstico de presunción \_\_\_\_\_  
 Manifiesto que el cirujano dentista \_\_\_\_\_

**F-14**

Amablemente me informó de manera verbal, libre y sin coerción alguna, en forma clara, sencilla y suficiente sobre el empleo del medicamento trióxido mineral agregado (M. T. A.) en el órgano dentario \_\_\_\_\_ y el empleo de hidróxido de calcio (Vitapex®) en el órgano dentario \_\_\_\_\_, con el fin de llevar a cabo un proyecto de investigación como medicamento terapéutico alternativo en el tratamiento de herida pulpar, el cual se realizará en las instalaciones \_\_\_\_\_

Estoy informado(a) que durante la práctica de la odontología, la estomatología y sus diversas disciplinas de especialización en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones, incluso posibilidad de que se presente una emergencia medica odontológica; de modo que los resultados no se pueden garantizar.

Acepto afrontar los riesgos mencionados por ser mayor el beneficio esperado.

Sí consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

Por lo anterior se me explicó que es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fecha y hora \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar.

**Paciente, tutor, representante legal o familiar**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

**Primer testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Segundo testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Con base en el *Código Civil*. Obligaciones en general sobre el consentimiento informado, artículos 1803 y 1812.

CON FUNDAMENTO EN EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL  
DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
DE ATENCIÓN MÉDICA, CAPÍTULO IV,  
ARTÍCULOS 80, 81, 82 Y 83.

## FORMATO 15 CARTA DE AUTORIZACIÓN

El(la) que suscribe \_\_\_\_\_

Con domicilio \_\_\_\_\_

En mi carácter de \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Padecimiento actual \_\_\_\_\_ Diagnóstico de presunción \_\_\_\_\_

Autorizo a que se me practique el procedimiento quirúrgico conocido como exodoncia (extracción) en los órganos dentarios \_\_\_\_\_, mismos que presentan sintomatología (molestias) por malposición dentaria en la zona retromolar del lado \_\_\_\_\_, en relación con la arcada dentaria, habiéndose realizado previamente un tratamiento pulpar a base de trióxido mineral agregado (M. T. A.) e hidróxido de calcio (Vitapex®), con el fin de observar la recuperación de una herida pulpar. Dicho acto quirúrgico se llevará a cabo en las instalaciones \_\_\_\_\_

Se requiere anestesia                      Sí ( )                      No ( )

Tipo \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Vía de administración \_\_\_\_\_

Estando informado(a) que durante la práctica de la odontología, estomatología y sus diversas disciplinas de especialización; en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones, incluso posibilidad de que se presente una urgencia médica odontológica o estomatológica de manera que los resultados no se pueden garantizar.

Por lo anterior se me explicó que es necesario llevar a cabo los estudios siguientes:

Fecha y hora \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Acepto afrontar los riesgos mencionados por ser mayor el beneficio esperado.

Por tanto, en pleno uso de mis facultades, y estando enterado del presente documento, autorizo al cirujano dentista \_\_\_\_\_ y al personal auxiliar facultado legalmente, para atender una urgencia médica y que se realicen los procedimientos de diagnóstico, quirúrgicos y de rehabilitación antes señalados, así como lo que fuese necesario médicamente, para la preservación de mi salud en general.

Sí autorizo \_\_\_\_\_ No autorizo \_\_\_\_\_

Firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar.

**Paciente, tutor, representante legal o familiar**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Consiento \_\_\_\_\_ No consiento \_\_\_\_\_

**Primer testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Segundo testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Identificación \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

NOM-168-SSA1-1998  
 NUMERALES 7, 7.1, 7.1.1, 7.1.2,  
 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.1.7, 7.1.8

## FORMATO 16 NOTA CLÍNICA DE URGENCIA

Fecha        /        /        Hora        Folio        Expediente núm.         
Día Mes Año

Paciente         
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombre(s)

Domicilio         
Calle                      Núm.                      Colonia                      C. P.

Lugar de nacimiento        Lugar de residencia       

Delegación o estado        Teléfono       

Estado civil        Ocupación        Escolaridad       

Motivo de consulta       

### Antecedentes patológicos hereditarios

#### *Padecimientos de familiares en línea directa*

Madre       

Padre       

Hermanos       

Hijos       

Espos(a)       

Otros       

### Antecedentes personales patológicos

Diabetes        Alergia        Cardiopatía        Hemofilia       

Hipertensión        Hepatitis        VIH       

Otras

***Exploración física***

Habitus exterior \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ Talla \_\_\_\_\_ Compleción \_\_\_\_\_

Signos vitales: Frecuencia cardiaca \_\_\_\_\_ Tensión arterial \_\_\_\_\_

Frecuencia respiratoria \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

Estado neurológico del paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resultados de estudios de laboratorio y gabinete  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Necesidades de tratamiento de urgencia**

Especifique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interpretación radiográfica \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



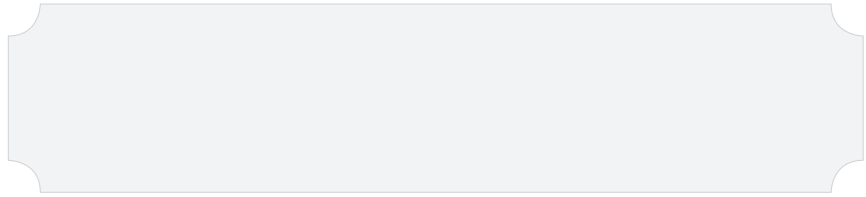
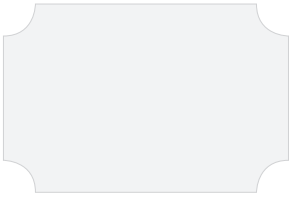
Tratamiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre, tutor o representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del cirujano dentista tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente, padre, madre o representante legal sobre la veracidad de los datos aportados





CONFORME A LA NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN SUS NUMERALES 6.2 Y 7.2 Y LA NOM-013-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES EN SUS NUMERALES 7.2 Y 8.3.

## FORMATO 17 NOTA DE EVOLUCIÓN

Se recomienda llenarla con escritura clara, sencilla y comprensible; sin tachaduras o enmendaduras que dificulten su interpretación. Además, deberá llenarse en presencia del paciente tratado.

<i>Fecha</i>	<i>Evolución del cuadro clínico y tratamiento realizado</i>	<i>Nombre y firma del cirujano dentista que realizó el tratamiento</i>	<i>Nombre y firma de conformidad del paciente, padre, madre o representante legal</i>	<i>Folio de la hoja de especialidad</i>



CONFORME A LA NOM-168-SSA1-1998 NUMERALES 6.1.3 Y 7.1.6  
 NOM-013-SSA2-1994 NUMERALES 5.4, 8.1, 8.1.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.4

## FORMATO 18 EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO

Expediente núm. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Edad: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Género: Masculino  Femenino

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 (Estado) (Ciudad) (Día) (Mes) (Año)

Ocupación \_\_\_\_\_ Derechohabiente

Escolaridad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle \_\_\_\_\_  
 Núm. exterior \_\_\_\_\_ Núm. interior \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_  
 Estado \_\_\_\_\_ Mpio. \_\_\_\_\_ Delegación \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Hábitos nocivos: Tabaco \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Bruxismo \_\_\_\_\_

Motivo de la consulta: Emergencia \_\_\_\_\_ Rehabilitación \_\_\_\_\_ Consulta \_\_\_\_\_

Prevención \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Mordedura y o succión de mucosas: \_\_\_\_\_ Sí/no Área Bruxismo \_\_\_\_\_ Sí/no

Otro \_\_\_\_\_  
 (Especifique)

F-18

### Indicaciones para el llenado del formato

Registre en las líneas de tratamiento una N cuando lo explorado sea normal o los códigos indicados para cada diagnóstico que se detecte. En caso de alguna alteración no especificada explique con letra clara sobre las líneas, las características solicitadas de acuerdo con las guías. A continuación describa.

I. Diagnóstico sistémico. \_\_\_\_\_

Códigos: S-1, diabetes; S-2, hipertensión; S-3, alergia; S-4, trastornos de la tiroides; S-5, infectocontagiosos; S-6, otros

A continuación describa: indique si actualmente se encuentra o no controlado(a) médicamente, nombre comercial de medicamentos y últimos resultados de laboratorio.

II. Articulación temporomandibular (tratamiento): \_\_\_\_\_

Códigos: A-1, disfunción; A-2, dolor; A-3, artritis traumática; A-4, otros

A continuación describa: chasquido, crepitación, movimiento limitado, desviación a la abertura o cierre, cansancio, tensión, hipertrofia muscular, antecedentes de traumatismo, bruxismo, trauma oclusal, etcétera.

III. Tejidos blandos (tratamiento):

1. Ganglios \_\_\_\_\_
2. Glándulas salivales \_\_\_\_\_
3. Labio externo \_\_\_\_\_
4. Borde bermellón \_\_\_\_\_
5. Labio interno \_\_\_\_\_
6. Comisuras \_\_\_\_\_
7. Carrillos \_\_\_\_\_
8. Fondo de saco \_\_\_\_\_
9. Frenillos \_\_\_\_\_
10. Paladar duro \_\_\_\_\_
11. Paladar blando \_\_\_\_\_
12. Bucofaringe \_\_\_\_\_
13. Lengua dorsal \_\_\_\_\_
14. Bordes linguales \_\_\_\_\_
15. Lengua ventral \_\_\_\_\_
16. Piso de la boca \_\_\_\_\_
17. Borde alveolar \_\_\_\_\_
18. Encía \_\_\_\_\_

**Códigos de entidades no patológicas y patológicas (blancas y rojas), pigmentaciones y úlceras**

<i>Entidades</i>	<i>Códigos</i>
<i>No patológicas</i>	
Enfermedad de Fordyse	V-1
Melanosis racial	V-2
Leucoedema	V-3
Variación de frenillos	V-4

Torus	V-5
Lengua fisurada	V-6
Várices bucales	V-7
Atrofia geriátrica	V-8
<i>Patológicas (blancas y/o rojas)</i>	
Leucoplasia	L-1
Queratosis por fricción	L-2
Línea alba oclusal	L-3
Sangrado bucal	L-4
Lesión blanca asociada con tabaco, restauraciones o con reacción liquenoide	L-5
Paladar del fumador	L-6
Lesión por quemadura	L-7
Candidiasis seudomembranosa aguda	L-8
Candidiasis hiperplásica crónica	L-9
Lengua geográfica	L-10
Liquen plano	L-11
Eritroplasia	L-12
Lesión roja violácea por traumatismo	L-13
Candidiasis atrófica crónica	L-14
Queilitis por diversas causas	L-15
Proceso inflamatorio	L-16
<i>Pigmentaciones</i>	
Melanosis (postraumática, por fármacos, por enfermedad sistémica)	L-17
Pigmentación focal (mácula melanótica, nevo, tatuaje)	L-18
<i>Úlceras</i>	
Úlcera traumática	L-19
Úlcera recurrente menor	L-20
Úlcera recurrente mayor	L-21
Herpes recurrente	L-22
Gingivitis ulceronecrosante aguda (GUNA)	L-23
Úlcera sin causa	L-24
Aumento de volumen compatible con: hiperplasia fibrosa, mucocele, granuloma piógeno, papiloma, pulis fisurado, hiperplasia epitelial focal, hemangioma, fibromatosis gingival, pústula, granuloma o quiste apical, adenopatía	L-25
Aumento de volumen sin causa aparente	L-26
Otros: pénfigo, penfigoide, lengua saburral, indentada o pilosa, sialolitiasis, síndrome de boca ardorosa o de Sjögren, rênula, sialorrea, cicatriz, etcétera	L-27

A continuación describa: lesión elemental, número de lesiones, forma, tamaño, color, superficie, base, consistencia, sintomatología, etiología, naturaleza, evolución, tratamiento recibido, etcétera.

---



---



---



---



---



---



---

IV. Periodonto (tratamiento): \_\_\_\_\_

Códigos: P-1, gingivitis; P-2, periodontitis; P-3, pericoronitis; P-4, absceso periodontal; P-5, recesión gingival por traumatismo; P-6, traumatismo oclusal; P-7, otros

A continuación describa: el grado de inflamación, color, tamaño, edema, sangrado, lesión de furcación, medida promedio de recesión gingival y bolsas periodontales, movilidad dental, migración dental patológica, abrasión cervical, sintomatología, etiología, naturaleza, pronóstico y tratamiento recibido previamente.

V. Órganos dentarios y maxilares

#### Códigos de lesiones y anomalías dentarias

<i>Entidades</i>	<i>Códigos</i>
Caries y secuelas para tratamiento de: caries, rehabilitaciones defectuosas, edentulismo	D-1
Pulpitis reversible	D-2
Pulpitis irreversible	D-3
Absceso periapical	D-4
Maloclusión	D-5
Fractura dental por traumatismo	D-6
Abrasión dental patológica	D-7
Anomalías dentales: hipoplasia, fluorosis, amelogénesis, microdoncia, macrodoncia, supernumerarios, anodoncia, fusión, diversas alteraciones en la forma	D-8
Otros	D-9

A continuación describa: el número de órganos afectados, grado de las lesiones y sintomatología asociada, con respecto a las anomalías dentales y sintomatología asociada. En lo que se refiere a las anomalías dentales, especificar las características de forma, color y tamaño. En cuanto a las maloclusiones, señalar la relación molar y canina, desviación de línea media, mordida abierta anterior o posterior, sobremordida horizontal o vertical, mordida de borde a borde, cruzada anterior o posterior, giroversión, falta de espacio, etcétera.

VI. Impresión diagnóstica clínica estomatológica: Escriba **únicamente** el nombre de los diagnósticos:

En caso de biopsia:

Registro de número \_\_\_\_\_ Código de la lesión \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del cirujano dentista tratante



NOM-168-SSA1-1998, NUMERALES 6.1.3 y 7.1.6  
 NOM-013-SSA2-1994, NUMERAL 8.3.1 INCISO F

## FORMATO 19 SOLICITUD DE EXAMEN DE LABORATORIO

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

Expediente núm. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_

Favor de realizar los estudios siguientes:

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biometría hemática</li> <li>• Química sanguínea</li> <li>• Examen general de orina</li> <li>• Grupo sanguíneo ABO y Rh</li> <li>• RPR (VDRL)</li> <li>• TP y TTP</li> <li>• Ac. anti-VIH (ELISA)</li> <li>• Ac. anti-VIH (western blot)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prueba inmunológica de embarazo</li> <li>• Perfil de hepatitis A</li> <li>• Perfil de hepatitis B</li> <li>• Perfil de hepatitis C</li> <li>• Perfil de hepatitis D</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Otros \_\_\_\_\_

Diagnóstico de presunción \_\_\_\_\_

Nombre del C. D. solicitante \_\_\_\_\_

Cédula profesional \_\_\_\_\_



NOM-013-SSA2-1994  
NUMERALES, 8.1, 8.1.2, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4

## FORMATO 20 SOLICITUD DE ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno \_\_\_\_\_ Apellido materno \_\_\_\_\_ Nombre(s) \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
 Nombre del solicitante \_\_\_\_\_  
 Dirección y teléfono del solicitante \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lesiones	<b>Datos de la lesión</b>
Mácula	Lesión
Pápula	Básica _____ Forma _____ Color _____
Nódulo	Número _____ Consistencia _____
Tumor	Tamaño _____ Base _____ Superficie _____
Vesícula	Sintomatología asociada _____
Ulceración	Localización(es) _____
Forma	_____
Esferoidal	_____
Ovalada	Imagen radiográfica _____
Mamelonada	_____
Consistencia	_____

Blanda	<b>Naturaleza probable de la lesión</b>		
Firme	Inflamatoria ( )	Hiperplásica ( )	Neoplásica (B) (M)
Dura	Quiste ( )	Malformación ( )	Proceso degenerativo ( )
Fluctuante	Otros (especifique) _____		
Base	_____		
Pediculada	Vinculación sistémica	Sí ( )	No ( )
Sésil	Especifique _____		
Indurada	_____		
Infiltrada	_____		

	Tiempo de evolución	Días ( )	Semanas ( )	Meses ( )	Años ( )
Sintomatología	Información adicional	_____			
Dolor	_____				
Prurito	_____				
Parestesia	_____				
Ardor	Impresión diagnóstica	_____			
	_____				
	_____				

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del cirujano dentista solicitante

NOM-013-SSA2-1994  
 NUMERALES, 8.1, 8.1.2, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4

## FORMATO 21 SOLICITUD DE ESTUDIO CITOLÓGICO

Núm. de citología \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Folio \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Teléfono del solicitante \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_

### Datos de la lesión

Vesícula  Úlcera  Mácula  Erosión

Otro \_\_\_\_\_ Color \_\_\_\_\_ Forma \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_ Dimensiones \_\_\_\_\_ Localización \_\_\_\_\_

Sintomatología \_\_\_\_\_

Vinculación sistémica (especifique) \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución: Días \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_

Tinción: Por hematoxilina \_\_\_\_\_ PAS \_\_\_\_\_ Papanicolaou \_\_\_\_\_ Graccot \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

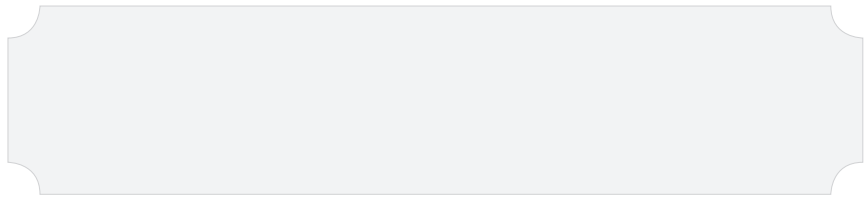
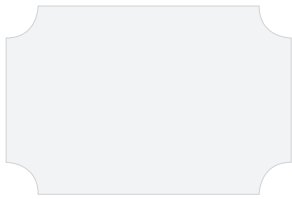
Impresión diagnóstica \_\_\_\_\_

Descripción ditológica \_\_\_\_\_

Diagnóstico citológico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del cirujano dentista solicitante





NOM-013-SSA2-1994, NUMERAL 8.3.1, INCISO F

### FORMATO 22 SOLICITUD DE ESTUDIO RADIOGRÁFICO

Fecha            /            /                 Folio                                       Expediente núm.                                   
          Día            Mes            Año

Paciente                                                                               Edad                               Género                         

Favor de realizar los estudios siguientes:

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Dentoalveolar                                 

Oclusal                                 

Ortopantomografía                         

Cefalometría lateral                         

Adulto                                 

Superior                                 

Infantil                                 

Inferior                                 

Aleta mordible                                 

Serie radiográfica                                 

Lateral de cráneo                                 

Metacarpal                                 

Adulto                                 

Watters                                 

Infantil                                 

Cadwell                                 

AP de cráneo                                 

Otros                                                                         

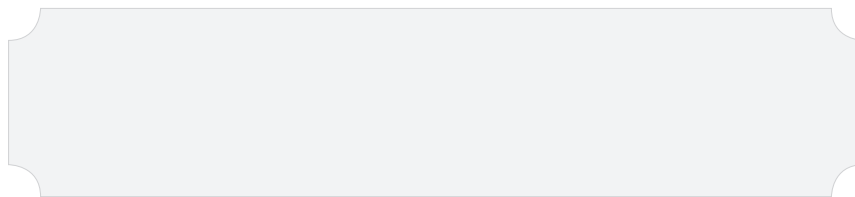
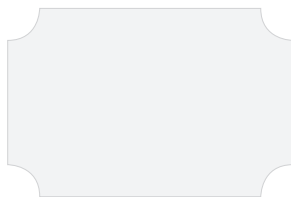
Nombre y firma del C.D.                                                                         

Cédula profesional                                                                         

**F-22**







NOM-168-SSA1-1998 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO,  
NUMERALES 4.6, 4.8 Y 6.3

## FORMATO 23

### SOLICITUD DE INTERCONSULTA

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
          Día          Mes          Año          Folio \_\_\_\_\_ Expediente núm. \_\_\_\_\_

Paciente \_\_\_\_\_  
                                                          Apellido paterno                                      Apellido materno                                      Nombre(s)

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Nombre y firma del profesional que envía                                      Institución o profesional que consulta  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Motivo del envío \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resumen clínico \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico de presunción \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Terapéutica empleada (si la hubo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA  
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA,  
CAPÍTULO III, ARTÍCULOS 37, 64 Y 65

## FORMATO 24 RECETA MÉDICA ODONTOLÓGICA

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Expediente núm. \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Peso en kg \_\_\_\_\_

Fármaco \_\_\_\_\_  
Nombre (comercial o genérico), forma farmacéutica (cápsulas, tabletas, suspensión, ampollitas); concentración mg.

Instrucciones \_\_\_\_\_  
Vía de admón. Cantidad Intervalo Tiempo de admón.

Fármaco \_\_\_\_\_  
Nombre (comercial o genérico), forma farmacéutica (cápsulas, tabletas, suspensión, ampollitas); concentración mg.

Instrucciones \_\_\_\_\_  
Vía de admón. Cantidad Intervalo Tiempo de admón.

Fármaco \_\_\_\_\_  
Nombre (comercial o genérico), forma farmacéutica (cápsulas, tabletas, suspensión, ampollitas); concentración mg.

Instrucciones \_\_\_\_\_  
Vía de admón. Cantidad Intervalo Tiempo de admón.

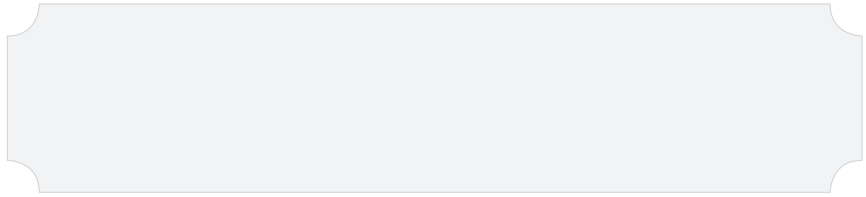
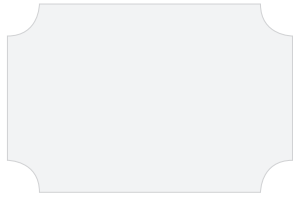
Nombre del cirujano dentista \_\_\_\_\_

Cédula profesional \_\_\_\_\_ Núm. de registro de especialidad \_\_\_\_\_

Licencia sanitaria \_\_\_\_\_

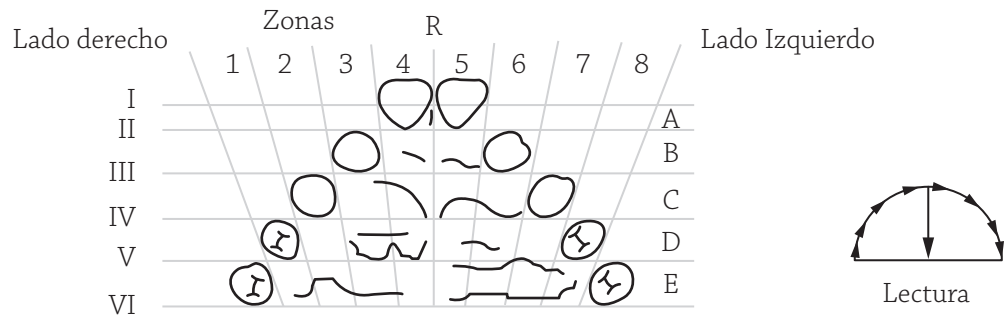
Firma \_\_\_\_\_





## FORMATO 25 FICHA RUGOSCÓPICA Y/O PALATOSCÓPICA

Número de registro \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
 Forma de paladar \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

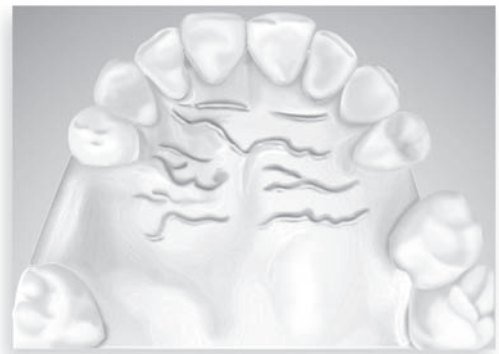


### Designación rugoscópica

Forma	Clasificación	Valor
	Punto	0
	Recta	1
	Curva	2
	Ángulo	3
	Sinuosa	4
	Círculo	5
	Ye	6
	Cáliz	7
	Raqueta	8
	Rama	9

Clasificación rugoscópica (Basauri, 1961)

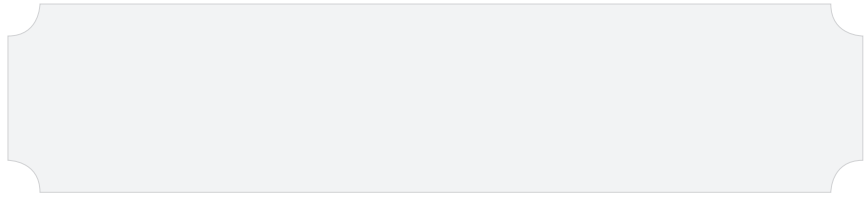
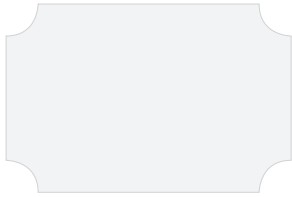
Fotopalatoscópica



C.D. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





CON BASE EN EL REGLAMENTO DE LA LEY  
REGlamentARIA DEL ARTÍCULO 5o. CONSTITUCIONAL  
CAP. V (EJERCICIO PROFESIONAL) ARTÍCULOS 45,  
46, 49 Y 50

## FORMATO 26 CONTRATO POR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESTOMATOLÓGICOS Y ODONTOLÓGICOS

El(la) que suscribe \_\_\_\_\_

En mi carácter de \_\_\_\_\_

En el establecimiento de atención médica-estomatológica (consultorio dental)

Privado \_\_\_\_\_ Público \_\_\_\_\_ Institucional \_\_\_\_\_

Con domicilio en \_\_\_\_\_

Es mi voluntad celebrar un contrato de tipo \_\_\_\_\_

con base en el *Código Civil para el Distrito Federal*, Título Décimo, del Contrato de Prestación de Servicios, Cap. II, de la Prestación de Servicios Profesionales, artículos 2606-2607, 2608, 2609, 2610 y 2615. Para lo cual de común acuerdo nos sometemos a cumplir las obligaciones que se generen, así como reconocer los derechos que se establecen en este convenio y llevar a cabo en mi persona la prestación de los servicios siguientes \_\_\_\_\_

A cargo del cirujano dentista tratante (facultativo) \_\_\_\_\_

Céd. prof. \_\_\_\_\_ Céd. prof. esp. \_\_\_\_\_ RFC \_\_\_\_\_

El acuerdo establecido en este contrato por ambas partes en tiempo, lugar, materiales, costos y pago de honorarios, así como la garantía de los tratamientos realizados con base en los medios, seguridad y resultados acordados en mi persona, quedan establecidos para su cumplimiento para ello de la siguiente manera y, de no ser así, se tendrá que responder conforme a la normativa establecida para ello.

<i>Fecha</i>	<i>Tratamiento</i>	<i>Materiales</i>	<i>Costo</i>	<i>Pago</i>	<i>Firma</i>
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nombre y firma del prestador de servicio  
Conformidad

Nombre y firma del paciente o usuario, padre, familiar o  
representante legal del servicio prestado  
Conformidad

**Código Civil para el Distrito Federal  
(D.O.F. 1o. de septiembre 1932)**

**Para el Distrito Federal en materia común, para toda la República  
en materia federal**

**Capítulo II**

**De la prestación de servicios profesionales**

**Art. 2606.** El que presta y el que recibe los servicios profesionales puede fijar, de común acuerdo, retribución debida para ellos.

**Art. 2607.** Cuando no hubiere habido convenio, los honorarios se regularán atendiendo conjuntamente a las costumbres del lugar, a la importancia de los trabajos prestados, a la del asunto o caso en que se prestaren, a las facultades pecuniarias del que recibe el servicio y a la reputación profesional que tenga adquirida el que lo ha prestado. Si los servicios prestados estuvieren regulados por arancel, éste servirá de norma para fijar el importe de los honorarios reclamados.

**Art. 2608.** Los que sin tener título correspondiente ejerzan profesiones para cuyo ejercicio la Ley exija título, además de incurrir en las penas respectivas, no tendrán derecho a cobrar retribución por los servicios profesionales que hayan prestado.

**Art. 2609.** En la prestación de servicios profesionales pueden incluirse las expensas que hayan de hacerse en el negocio en que aquellos se presten. A falta de convenio sobre su reembolso, los anticipos serán pagados en los términos del artículo siguiente, con el rédito legal, desde el día que fueron hechos, sin perjuicio de la responsabilidad por daños y perjuicios cuando hubiera lugar a ella.

**Art. 2610.** El pago de honorarios y de las expensas, cuando las haya, se harán en el lugar de la residencia del que ha prestado los servicios profesionales, inmediatamente que preste cada servicio, o al fin de todos, cuando se separe el profesor o haya concluido el negocio o trabajo que se le confió.

**Art. 2615.** El que preste servicios profesionales sólo es responsable hacia las personas a quienes sirve, *por negligencia, impericia o dolo*, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

**Reglamento de la Ley Reglamentaria, del artículo 5o. constitucional, relativo  
a las "Profesiones en el Distrito Federal"  
(D.O.F. del 1o. de octubre 1945)**

**Art. 45.** Salvo los casos en que la Ley indique expresamente lo contrario, los aranceles regirán únicamente para el caso en que no haya habido convenio entre el profesionista y su cliente, que regulen los honorarios.

**Art. 46.** Cuando no hubiere contrato celebrado y se trate de trabajos no comprendidos en los aranceles, la prestación de los servicios se regirán por la Ley particular aplicable al caso y, en su defecto, por la primera parte del artículo 2607 del *Código Civil para el Distrito Federal* en materia común y para toda la República en materia federal.

**Art. 49.** Cuando se contra vertiere el cliente y el profesionista sobre el servicio prestado por éste y el laudo arbitral o la resolución judicial que se pronuncie en su caso, fueren contrarios parcialmente al profesionista, las mismas resoluciones fijarán las bases de los honorarios que aquel debe percibir y las de los daños y perjuicios que resulten a su cargo.

**Art. 50.** No quedan sujetas a la Ley de prácticas que hagan los estudiantes como parte en sus encargos escolares y bajo la dirección y vigilancia de sus maestros.