



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA

Nº de Historia Clínica: _____
Fecha de elaboración: _____

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

Apellidos:		Nombres:	
Lugar y Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo:
Nombre Madre/Padre:		Edad:	Ocupación:
Nombre Representante:	Parentesco:	Edad:	Ocupación:
Dirección:			
Teléfonos:		Correo Electrónico:	

Motivo de Consulta:

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES MÉDICOS									
Cardiopatías	Si	No	Infectocontagiosas	Si	No	Trastornos sanguíneos	Si	No	
Diabetes	Si	No	Endocrinopatías	Si	No	Trastornos respiratorios	Si	No	
Alergias	Si	No	Trastornos renales	Si	No	Enfermedades genéticas	Si	No	
Cáncer	Si	No	Otros	Si	No	¿Cuál?:			
Explique:									
ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS									
Caries	Si	No	Enfermedad periodontal	Si	No	Alteraciones estructurales	Si	No	
Exodoncias	Si	No	Portador de prótesis	Si	No	Supernumerarios/Ausencias	Si	No	
Maloclusión	Si	No	Hendidura labio palatina	Si	No	Otros:	Si	No	
Explique:									

HISTORIA PRENATAL Y NEONATAL

Enfermedades durante el embarazo:						
Medicamentos tomados durante el embarazo:						
Parto Nº:	Pre término ☐	A Término ☐	Post-término ☐	Natural ☐	Fórceps ☐	Cesárea ☐
Peso al nacer:			Talla al nacer:			
Dificultades neonatales Si ☐ No ☐ Explique:						
Alimentación materna: Si ☐ No ☐ Duración:			Fórmula: Si ☐ No ☐ Edad:			
Leche completa: Si ☐ No ☐ Edad:			Alimentos sólidos: Si ☐ No ☐ Edad:			
Desarrollo Psicomotor:		A qué edad:	Gateó:	Caminó:	Habló:	

HISTORIA MÉDICA

Sistema Nervioso

¿Ha presentado convulsiones, desmayo o pérdida del conocimiento?	SI	NO	EXPLIQUE:
¿Ha tenido antecedentes de traumatismo craneal?	SI	NO	EXPLIQUE:

Sistema Cardiovascular

¿Tiene alguna malformación congénita?	SI	NO	
¿Le han detectado algún soplo cardíaco?	SI	NO	

Sistema Hematopoyético

¿Ha sido transfundido con sangre?	SI	NO	EXPLIQUE:
¿Tiene antecedentes de anemia u otra enfermedad de la sangre?	SI	NO	EXPLIQUE:
¿Presenta fácilmente hematomas o sangra con frecuencia por la nariz?	SI	NO	EXPLIQUE:

Sistema Respiratorio

¿Ha presentado algún episodio de bronco espasmo?	SI	NO	EXPLIQUE:
--	----	----	-----------

Sistema Gastrointestinal

¿Ha sufrido del estómago, intestino o hígado?	SI	NO	EXPLIQUE:
¿Padece diarreas o trastorno estomacal con frecuencia?	SI	NO	
¿Ha presentado parásitos?	SI	NO	

Sistema Endocrino

¿Tiene diabetes?	SI	NO	EXPLIQUE:
¿Ha presentado algún trastorno glandular? (tiroides, paratiroides)	SI	NO	EXPLIQUE:

Sistema Genitourinario

¿Ha presentado infecciones urinarias o enfermedad del riñón?	SI	NO	EXPLIQUE:
--	----	----	-----------

Piel y Mucosas

¿Ha presentado trastornos de la piel?	SI	NO	EXPLIQUE:
¿Presenta alteraciones en las uñas o cabello?	SI	NO	EXPLIQUE:
¿Ha presentado aftas con frecuencia?	SI	NO	EXPLIQUE:

Enfermedades Infecciosas Padecidas (Virales y Bacterianas)

Hepatitis A ☐	Hepatitis B ☐	Mononucleosis ☐	Rubéola ☐	Sarampión ☐	Varicela ☐	Parotiditis ☐	Influenza ☐	Dengue ☐	Meningitis ☐
Rotavirus ☐	Impétigo ☐	Tuberculosis ☐	Neumonía ☐	Fiebre reumática ☐	Fiebre amarilla ☐	Herpes simple ☐	Bronquiolitis ☐	Otras ☐	
Explique:									

Trastornos Sensoriales

¿Padece algún trastorno en la vista, audición, otros?	
---	--

Alergias

¿Ha tenido alguna vez reacciones alérgicas a lo siguiente?:							
Anestésico local:	SI	NO	EXPLIQUE:	Ambientales:	SI	NO	EXPLIQUE:
Medicamentos:	SI	NO	EXPLIQUE:	Alimentos:	SI	NO	EXPLIQUE:

Tratamiento Médico

¿Ha asistido a consulta médica en los últimos 6 meses? Si ☐ No ☐ ¿Por cuál motivo?						
¿Se encuentra bajo tratamiento médico? Si ☐ No ☐ ¿Por Qué?						
Medicamentos que toma actualmente:						
¿Se le han practicado intervenciones quirúrgicas? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?						
¿Ha estado hospitalizado? Si ☐ No ☐ Motivo:						
Vacunas recibidas:				¿Ha recibido sus refuerzos hasta la fecha? Si ☐ No ☐		
BCG:	Anti-Hepatitis B:	Anti-Rotavirus:	Pentavalente:	Anti-Polio:	Anti-Amarilla:	Trivalente Viral:
Anti-Hepatitis A:	Anti-Influenza:	Anti-Varicela:	Anti- Meningococo conjugada :		Anti-Streptococcus pneumoniae:	

EXAMEN PSICO-CONDUCTUAL / AMBIENTAL BASICO

Actitud del niño ante la consulta		Tranquilo ☐		Aprensivo ☐		Muy aprehensivo ☐	
¿Asiste al colegio? Si ☐ No ☐		Nivel escolar:			Promedio de notas:		
Describe al niño	Calmado:	Malcriado:	Introvertido:	Extrovertido:	Colaborador:	Dominante:	
	Tímido:	Simpático:	Miedoso:	Rebelde:	Hablador:	Desconfiado:	
El niño vive con	Madre:	Padre:	Ambos:	Otros:			
Hermanos mayores:			Hermanos menores:				
¿Tiene el niño miedo a algún objeto o evento especial?							

HISTORIA ODONTOLÓGICA

Edad de erupción de los dientes primarios:		Edad de erupción de los dientes permanentes:	
Traumatismos dentarios: Si ☐ No ☐		Edad:	Tratamiento recibido:
¿Ha asistido anteriormente al odontólogo? Si ☐ No ☐ Comportamiento observado:			
¿Cuántas veces al día se cepilla? ¿Se cepilla solo? Si ☐ No ☐ ¿Quién lo cepilla?:			
¿Cuál crema dental utiliza? Sin F ☐ <500ppm ☐ >1000ppm ☐ ¿Utiliza seda dental o enjuague bucal?			

ENCUESTA DE DIETA (CUALITATIVA)

Marque con una X los alimentos que el niño ingiere por lo menos una vez a la semana				
☐ Azúcar pura	☐ Refrescos	☐ Pepito	☐ Caramelos	☐ Tortas
☐ Leche con azúcar	☐ Chocolate	☐ Papitas fritas	☐ Jugos procesados	☐ Chupetas
☐ Chicles	☐ Pan dulce	☐ Galletas dulces	☐ Cereales secos	☐ Mermelada
¿Cuántas meriendas hace el niño entre comidas?			¿Qué come?	
¿Prefiere alimentos blandos? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?				
¿Cuáles alimentos sólidos prefiere?				
¿Toma tetero? Si ☐ No ☐ ¿Se duerme con el tetero? ☐ No ☐ ¿Qué contiene?				
¿Toma leche? Si ☐ No ☐ ¿Cuántos vasos? ¿Con qué la acompaña? Azúcar ☐ Cereal ☐ Chocolate ☐				
¿Come mucha sal?			¿Come muchos cítricos?	
Alimentación habitual del niño:				
Desayuno	Merienda	Almuerzo	Merienda	Cena

EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Talla actual (Estatura/cm):		Peso actual (Kg):		
☐ Cabeza		☐ Cuello		☐ Ganglios
Perfil:	Cara :	Labios: ☐ Normales	Tamaño de la nariz:	Inserción de orejas:
☐ Convexo	☐ Braquifacial	☐ Hipertónicos	☐ Pequeña	☐ Baja
☐ Recto	☐ Mesofacial	☐ Hipotónicos	☐ Mediana	☐ Normal
☐ Cóncavo	☐ Dolicofacial	☐ Resecos	☐ Grande	☐ Alta
Describe:				

EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

Encía: ☐ Color	Mucosa bucal:	Lengua:	Frenillo Labial	Frenillo Lingual	☐ Piso Bucal
☐ Contorno	☐ Anterior	☐ Papilas	☐ Normal	☐ Normal	☐ Paladar Duro
☐ Textura	☐ Posterior	☐ Volumen	☐ Corto	☐ Corto	☐ Paladar Blando
☐ Consistencia	☐ Carrillos	☐ Posición	☐ Fibroso	☐ Fibroso	☐ Amígdalas
☐ Recesión					☐ Glándulas Salivales
Describe:					

EXAMEN FUNCIONAL

Desviaciones ATM	Apertura ☐ Cierre ☐	Ruidos: Si ☐ No ☐	Salto: Si ☐ No ☐
------------------	---	---	--

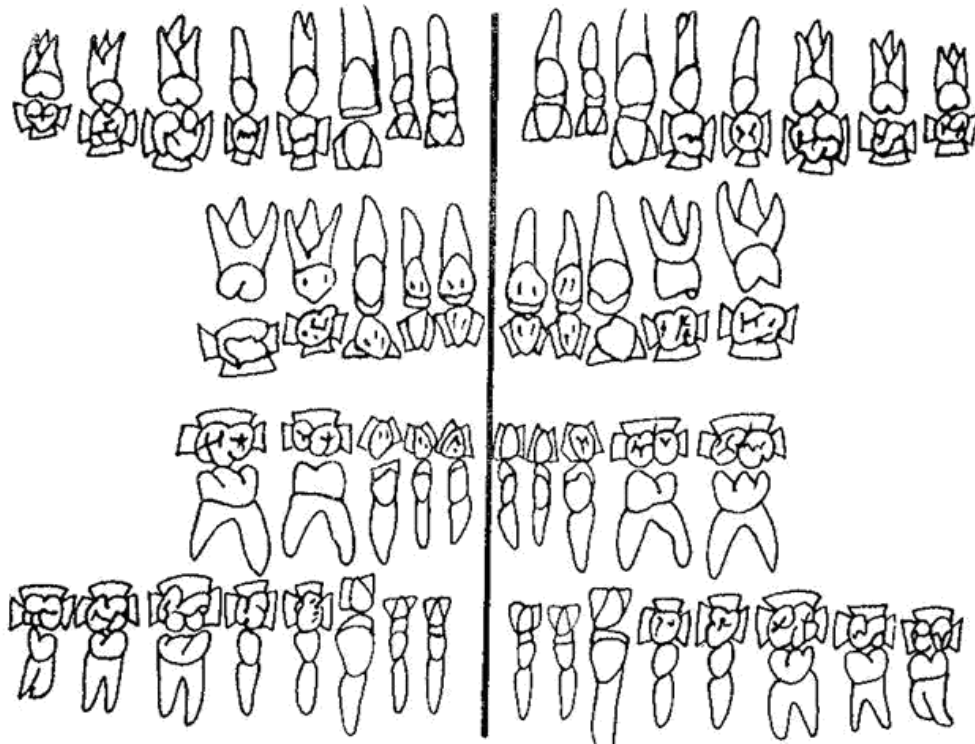
HÁBITOS PARAFUNCIONALES

☐ Bruxismo	☐ Protrusión Lingual	☐ Succión Digital	☐ Chupón	☐ Respiración Bucal
☐ Queilofagia	☐ Onicofagia	Otros:	Frecuencia:	

EXAMEN ORTODÓNICO

Relación Molar	Primaria	Derecha	ED	PTR	EM	Relación Canina	Primaria	Derecha	DO	CC	NO	MO	
		Izquierda	ED	PTR	EM			Izquierda	DO	CC	NO	MO	
	Permanente	Derecha	DO	CC	NO		MO	Permanente	Derecha	DO	CC	NO	MO
		Izquierda	DO	CC	NO		MO		Izquierda	DO	CC	NO	MO
Mordida abierta anterior:						Mordida abierta posterior:							
Mordida cruzada anterior:						Mordida cruzada posterior:							
OVERJET (mm): _____		OVERBITE (mm): _____		LINEA MEDIA: _____		DIENTES: _____							
☐ Normal		☐ Normal		☐ Normal ☐ Desviada		☐ Protruidos: _____							
☐ Aumentado		☐ Mordida abierta		☐ Superior ☐ Inferior		☐ Diastemas: _____							
☐ A tope		☐ Mordida profunda		☐ Derecha ☐ Izquierda		☐ Espacio de primate: Presente: ___ Ausente: ___							
☐ Inverso		☐ En paladar		_____ mm		☐ Apiñamiento: _____							
		☐ En cíngulo				☐ Pérdidas prematuras: _____							
		☐ Incompleto											

ODONTODIAGRAMA



Códigos:

Lesiones de Caries No Cavitadas: en amarillo.
 Lesiones de Caries Cavitadas: en rojo.
 Restauraciones Defectuosas: azul con bordes rojos.
 Restauraciones en Buen Estado: en azul.
 Restauraciones Provisionales: negro con borde rojo.
 Resto radicular: "RR" en rojo fuera del diente.

Necesidad de Sellantes: "S" en rojo fuera del diente.

Sellante en Buen Estado: "S" en azul fuera del diente.

Sellante Defectuoso: "S" en azul con borde rojo fuera del diente.

Restauración Preventiva Resina Sellante: "RPRS" en rojo fuera del diente.

Necesidad de Endodoncia: conducto en rojo.

Endodoncias en Buen Estado: conducto en azul.

Exodoncia: X en rojo sobre el diente.

Diente Ausente: I (línea vertical) en azul sobre el diente.

Fracturas: — en rojo fuera del diente.

Hipoplasia/Hipocalcificaciones: HP en rojo.

Necesidad de Corona: Δ en rojo.

Corona Realizada: Δ en azul.

Absceso: 0 en rojo.

Fistula: Φ en rojo.

Supernumerario: dibujar diente en negro

INDICE DE CARIES DENTAL

ceod: Cariados: _____ E. Indicada: _____ Obturados: _____ Índice: _____
CPOD: Cariados: _____ Perdidos: _____ Obturados: _____ Índice: _____

EXAMEN RADIOGRÁFICO (Señale los dientes afectados)

Caries Proximal:	Resorción Externa:	Imagen Apical/ Furca:
Caries Oclusal:	Resto Radicular:	Ligamento:
Obturaciones Defectuosas:	Fracturas:	Variaciones de Forma:
Comunicaciones Pulpares:	Supernumerarios:	Variaciones de Número:
Resorción Interna:	Ausencias Congénitas:	Diente Incluido:
Otros:		

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

☐ Radiografías:	☐ Laboratorio:	☐ Otros:
--	---------------------------------------	---------------------------------

DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Diagnóstico Médico	
Diagnóstico Periodontal	
Lesiones de Caries	
Alteraciones Pulpares	
Patologías de Tejidos duros o Blandos (Diagnóstico Provisional)	
Maloclusiones	Dentición Primaria ☐ Neutroclusión ☐ Distoclusión ☐ Mesioclusión ☐ Clase I ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Tipo3 ☐ Tipo 4 ☐ Tipo5 ☐ Biprotrusión ☐ Clase II ☐ División 1 ☐ División 2 ☐ Clase III ☐ Tipo1 ☐ Tipo2 ☐ Tipo3 ☐ Subdivisión
Otros	

PRONÓSTICO Y OBSERVACIONES GENERALES

INTERCONSULTAS A REALIZAR

[illegible]

TRATAMIENTO REALIZADO

[illegible]