

Nº  C.I:  ID

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.  
CÁTEDRA DE CIRUGÍA ESTOMATOLÓGICA.



Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Asignación: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Evaluación Práctica para las Exodoncias Simples**  
**(Sala de Exodoncias)**

Actividad	Docente	Fecha	Nota
1.- Historia Clínica y conocimientos teóricos (0-5 pts) (Vestimenta, puntualidad, disposición al trabajo, preparación del equipo)			
2.- Fase prequirúrgica (0-1 pts)			
3.- Acto quirúrgico, conocimiento y uso correcto del instrumental (0-14 pts) (Anestesia, alodermotomía, exodoncia propiamente dicha, revisión de la herida)			

Total \_\_\_\_\_

Docente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

*Universidad Central de Venezuela  
Facultad de Odontología.  
Cátedra de Cirugía Estomatológica.*

### Historia Clínica

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº de H.C: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_

#### I.- DATOS PERSONALES:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_ Sexo: \_\_\_, Estado Civil: \_\_\_\_\_, Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Estudiante: \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sección \_\_\_\_\_

#### II.- DATOS CLINICOS:

Motivo de Consulta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Enfermedad Actual : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hábitos Psicobiológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III.- ANTECEDENTES

#### A.- FAMILIARES:

---

---

---

#### B.- DEL ENFERMO:

##### Cardiovasculares:

Alteraciones de la Tensión Arterial , Insuficiencia Coronaria , Angina de Pecho , Insuficiencia Cardíaca   
Infartos , Valvulopatías , Endocarditis Infecciosa , Cardiopatías Congénitas , Soplos , Otros

---

---

---

##### Alérgicos:

Penicilina , Otros Antibióticos , Analgésicos , Anestésicos Locales , Antisépticos , Sulfas , Iodo ,  
Esteroides , Alimentos , Otros

---

---

---

##### Hematológicos :

Anemias , Hemofilia , Púrpuras , Uso de Anticoagulantes , Heridas con Sangramiento Prolongado ,  
Hematomas , Otros .

---

---

---

##### Renales

Insuficiencia Renal , Cálculos Renales , Infecciones Urinarias , Otros

---

---

---

**IV.- EXAMEN CLÍNICO:**

**Tensión Arterial:**

Máxima: \_\_\_\_\_ mmHg. Mínima: \_\_\_\_\_ mmHg.

**Palpación de los Gánglios:**

No Palpables \_\_\_\_\_

Palpables \_\_\_\_\_

**Localización:**

---

---

**Características:**

---

---

**Examen Local:**

---

---

---

---

---

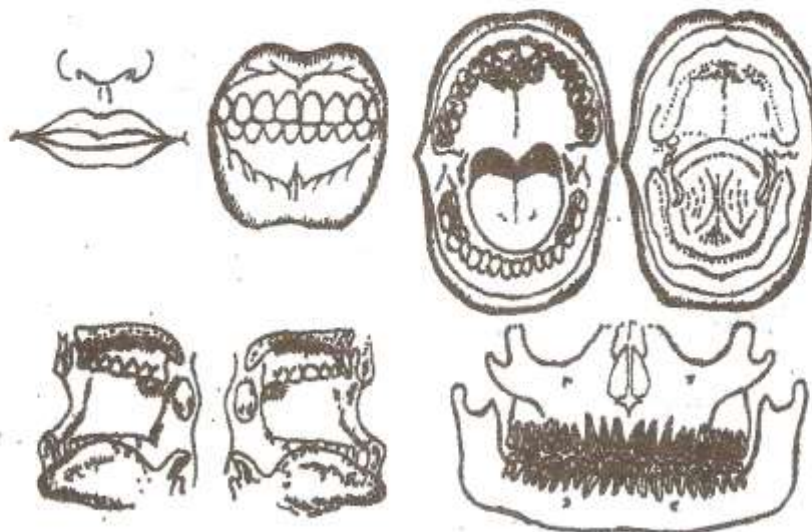
---

---

---

---

---



Endocrinológicos:

ORGANOS: Hígado , Páncreas , Tiroides , Glándulas Suprarrenales , Gónadas , Hipófisis

PADRECIMIENTOS: Hepatitis , Diabetes , Hipotiroidismo , Hipertiroidismo , Bocio , Paratiroides ,

Alteraciones del crecimiento , Otros

---

---

---

Gastrointestinales

Dolor Estomacal , Gastritis , Esofagitis , Úlceras , Vómitos , Diarreas

---

---

---

Enfermedades Infecciosas:

Tuberculosis , Difteria , Angina de Vincent , Actinomicosis , Fiebre Reumática , Chagas ,

Reumatismo Articular , Enfermedades de Transmisión Sexual , Sífilis , Gonorrea , Sida , Infecciones

Inespecíficas , Otros

---

---

---

Trastornos Neurológicos:

Neuralgias , Epilepsia , Neuritis , Parálisis Facial , Parestesia , Desmayos , Mareos , Mentales

---

---

---

Trastornos Nutricionales:

Dieta , Pérdida de Peso , Otros

---

---

---

Estados Particulares Femeninos:

Ciclo Menstrual : C/ \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_ Fecha de la última Menstruación \_\_\_\_\_

Embarazos , Abortos , Menopausia

---

---

---

**V: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**

**A.- Interpretación Radográfica:**

---

---

---

**B.- Exámenes de Laboratorio - Conclusiones:**

---

---

---

**VI.- DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:**

---

---

**VII.- ESTUDIOS HISTOPATOLÓGICOS:**

---

---

**VIII.- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:**

---

---

**IX.- PLAN DE TRATAMIENTO:**

---

---

---

**X.- OBSERVACIONES:**

---

---

Doy fe, de los datos suministrados en esta historia

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

Profesor: \_\_\_\_\_

Firma

Nombre



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA  
EN QUIRÓFANO DEL PACIENTE EN EL POSTGRADO DE CIRUGIA BUCAL  
DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA DE LA UCV**



Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ edad, identificado con la cedula de identidad N° \_\_\_\_\_  
domiciliado(a) en \_\_\_\_\_ como representante legal o familiar de \_\_\_\_\_  
declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de tipo docente-asistencial, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos bajo la supervisión clínica de docentes-especialistas, médico anestesiólogo y personal auxiliar.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado y su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento (sobre lo cual pude participar), descripción de las consecuencias derivadas del tratamiento o intervención, beneficios, riesgos comunes del tratamiento (posibles complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidán sobre el tratamiento) por lo que debo acudir al centro sanitario y buscar al médico tratante de mi representado en el caso de desencadenarse algún riesgo, adicionalmente debo presentar el informe médico correspondiente para anexarlo a la historia clínica y será informado(a) en cada momento y a mi requerimiento de la evolución del proceso.

Debo realizar los exámenes pertinentes que se me indiquen, previamente al tratamiento, los cuales cancelaré. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios diagnósticos que sean necesarios; garantizándome la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos record sólo con fines académicos.

Diagnóstico(s) \_\_\_\_\_

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

Tratamientos alternativos \_\_\_\_\_

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

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

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

Comprendo que la Cirugía Bucal es la especialidad de la odontología que se encarga de realizar procedimientos quirúrgicos en la boca, entre ellos se encuentran extracciones de piezas dentarias incluidas dentro del hueso o no, eliminación de lesiones patológicas. Entre los beneficios de dicho tratamiento está la restitución de la salud de la cavidad bucal, así como la actualización de conocimientos permanentemente, calidad de materiales, técnicas y gran dedicación.

Entiendo que la intervención quirúrgica que involucra la administración de anestesia general/sedación y probablemente también se emplearán anestésicos locales; los agentes para la anestesia general serán suministrados por un médico anestesiólogo, quien empleará todo el equipo necesario para la vigilancia y monitoreo de mis funciones vitales, así como el equipo y medicamentos necesarios para el soporte vital durante el procedimiento. Dicha intervención pretende restablecer la salud bucal integral de niños y adolescentes que por múltiples causas no pueden ser atendidos en el área odontológica habitual. A pesar de la adecuada elección de las técnicas y de su correcta realización pueden presentarse ciertos riesgos, comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento; poco graves y frecuentes, como pueden ser: molestias, dolor, o cualquier complicación por el tratamiento, medicamentos o agentes anestésicos, que incluyen, pero no se limitan a: entorpecimiento, infección, inflamación, hemorragia, coloración, náuseas vómitos, reacciones alérgicas, daño cerebral y muy excepcionalmente riesgo para la vida, que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento y deberá llamar al profesional responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados está sujeta a múltiples factores.

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento, autorizo al operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

Se me ha explicado que se me darán las indicaciones postoperatorias o de medicación ambulatoria, según sea el caso, las cuales me comprometo a cumplir, así como a acudir a las citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas. Estoy al tanto y asumo la cancelación de las tarifas de la institución; los costos están sujetos a posibles cambios sin previo aviso, pero notificado oportunamente.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE \_\_\_\_\_ o NO CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_, con el buen entendido que puedo retirar este consentimiento por escrito cuando así lo desee, sin represalia, ni penalidad alguna.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del profesional: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de testigo: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Caracas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_