

000005

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
HISTORIA CLÍNICA**

Nº HISTORIA: _____

Fecha: _____

Hora: _____

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Apellidos y Nombres: _____ Genero: M / F

Edad: _____ CI: _____ Lugar de Nacimiento: (país-estado): _____

Dirección: _____

Domicilio: Rural / Urbano /: _____

Teléfono: _____ email: _____

ESTADO CIVIL Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Nº de hijos:	ETNIA Blanca Negra Indígena Mestiza India Criolla Afrodescendiente Mongolia Otra:	INSTRUCCIÓN Analfabeto Primaria C I Bachillerato C I TSU ó LIC C I 4to nivel C I	OCUPACIÓN/PROFESIÓN Obrero Empleado Comerciante Estudiante Hogar Especifique:	RELIGIÓN: SI / NO Especifique: ESTRATO SOCIO- ECONOMICO GRAFFAR: I II III IV V
--	--	--	--	---

2. MOTIVO DE CONSULTA: _____**3. ENFERMEDAD ACTUAL:** _____**4. ANTECEDENTES FAMILIARES**

	Padre	Madre	Hermanos	Abuelos Paternos	Abuelos Maternos	Tíos Paternos	Tíos Maternos	Primos	Hijos
CARDIOVASCULAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
CEREBROVASCULAR	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
CÁNCER	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
ALÉRGICOS	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
DIABETES	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
PSIQUIÁTRICAS	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
OTRAS: ESPECIFIQUE:	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO

5. ANTECEDENTES PERSONALES

INFECTOCONTAGIOSAS SI NO Especifique:	VACUNAS SI NO Especifique:	ALERGIAS SI NO Especifique:	QUIRÚRGICOS SI NO Especifique:	TRAUMÁTICOS SI NO Especifique:	PATOLÓGICOS SI NO Cardiovascular S/N Cerebrovascular S/N Cáncer S/N Diabetes S/N Psiquiátricas S/N Fiebre Reumática S/N Otras:

6. CONDICIONES PSICOBIOLÓGICAS

Alimentación	Higiene bucal	Café / Té / Otros	Alcohólicos	Tabáquicos	Medicamentos/Alergias
Nº de comidas al día: 3 Más de 3 Menos de 3 Limitado por estética: S/N Consumo de carbohidratos: • Con las comidas • Entre comidas • Solo carbohidratos • Sustitutos de azúcar • Pegajoso S/N Presencia de vómitos S/N Vómitos inducidos S/N	• Enjuagues: S/N Tipo: • Cepillado: S/N Frecuencia: Duración: • Hilo dental: S/N Frecuencia: • Técnica utilizada • Control odontológico anual S/N	• Café negro: S/N • Vino tinto: S/N • Bebidas carbonatadas: S/N • Bebidas energéticas: S/N • Té: S/N Tipo: • Narguile: S/N Frecuencia:	• No bebe • Ocasional • semanal • entre semana • diario • Tragos/día: _____ • Tragos/semana: _____ • Tipo de bebida: _____	• No fuma • Ocasional • Diario • Nº Cigarrillos día: < 10 10-20 > 20 • Chimó: S/N • Pipa: S/N • Habano: S/N • Inhalado: S/N • Masticado: S/N Candela adentro: S/N	BIFOSFONATO S/N VITAMINAS S/N ASA S/N OMEGA 3 S/N ACO: S/N NATURALES: S/N ANESTESIA: S/N ANTIBIÓTICOS: S/N OTROS: EXPLIQUE:

Drugs	Sueño	Actividad física y recreación	Hábito sexual
No consume Ocasional Frecuente Muy frecuente Tipo de droga: _____ _____	Dificultad para conciliar: SI NO Ronquidos: SI NO Horas de sueño: _____ Horas de siesta: _____	SI NO Tipo: _____ Frecuencia: • Ocasional • 1 vez por semana • 2 veces por semana • 3 ó mas veces por semana	• Satisfactorio • No Satisfactoria • N° de parejas: • Orientación Sexual Heterosexual Homosexual Bisexual
Clave: Ocasional: menos de una vez a la semana; Frecuente: una ó más veces a la semana; Muy frecuente: todos los días			

7. EXAMEN FUNCIONAL

GENERAL	PIEL	CABEZA	OJOS
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso • Ganancia de peso Cuándo: Tiempo: • Fiebre • Sudoración profusa • Coloración de piel: P C R I • Síncope / Lipotimia 	<ul style="list-style-type: none"> • Prurito • Erupciones • Manchas • Edema • Piercing • Tatuaje • Otras: 	<ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Traumatismo con fractura S/N • Vértigos • Mareos • Otros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Lentes correctivos S/N • Vicio refracción: M A H P • Lagrimeo fácil • Sensación de arenilla • Otros trastornos visuales Especifique:
OÍDOS	NARIZ	BOCA	FARINGE/LARINGE
<ul style="list-style-type: none"> • Otorrea/otorragia • Otorrinalgia • Timitus • Acúasis/Hipocúasis/Paracúasis 	<ul style="list-style-type: none"> • Secreción • Epistaxis • Obstrucción • Anosmia/Hiposmia/Parosmia /Cacosmia 	<ul style="list-style-type: none"> Halitosis Sensibilidad Sialorrea Ardor Gusto Sangramiento Respirador Bucal: S/N Ressequedad Otros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfagia: Sólido/Líquido • Disfagia: Inicial/Final • Odinofagia • Afonía/Disfonía
RESPIRATORIO	CARDIOVASCULAR	GASTROINTESTINAL	NEFROUROLOGICO
<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Dolor torácico • Tos • Expectorcación • Hemoptisis 	<ul style="list-style-type: none"> • Disnea • Dolor Precordial • Palpitaciones • Várices • Prótesis Valvular • Otros: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hábito intestinal: • Diarrea • Estreñimiento • Flatulencia • Reflujo • Dolor Abdominal • Pirosis • Vómito con Sangre • Melena 	<ul style="list-style-type: none"> • N° micciones día: • Cambios del coloración en orina: S/N • Anuria/Oliguria/Poliuria • Disuria • Incontinencia • Dolor Lumbar
GINECOLÓGICO/OBSTÉTRICO	MÚSCULO-ARTICULAR	MENTAL Y NEUROLÓGICO	
<ul style="list-style-type: none"> • Menarquia: • Menstruación: regular/irregular • FUP: • Leucorrea: S/N • Menopausia: • N° embarazos: Abortos/Partos/Cesáreas/Férceps 	<ul style="list-style-type: none"> • Mialgias/Fibromialgia • Artralgias/ Artritis • Debilidad muscular • Ruído articular • Limitación apertura bucal: • Describe: _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Conciencia: S/N • Orientación: Tiempo: S/N Espacio: S/N Persona: S/N • Curso y contenido pensamiento: Adecuado / Alterado • Estado emocional: Tranquilo/Agitado/Ansioso/Irritable/Triste/Afectivo • Percepción sensitiva: Conservada/Alterada • Motilidad miembros: Conservada/Alterada • Afección neurológica: S/N Explique: 	

8. EXAMEN FISICO

PESO: _____ Kg TALLA: _____ m ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Peso/Talla^2 : _____ Kg/m^2

FRECUENCIA DE PULSO: _____ FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____ TEMPERATURA: _____

MIEMBRO UTILIZADO PARA TOMAR LA PRESION ARTERIAL: Brazo Derecho /Brazo Izquierdo

POSICIÓN	PAS P sistólica	PAD P diastólica	PP (PAS-PAD)	FC
SENTADO				
DE PIE				

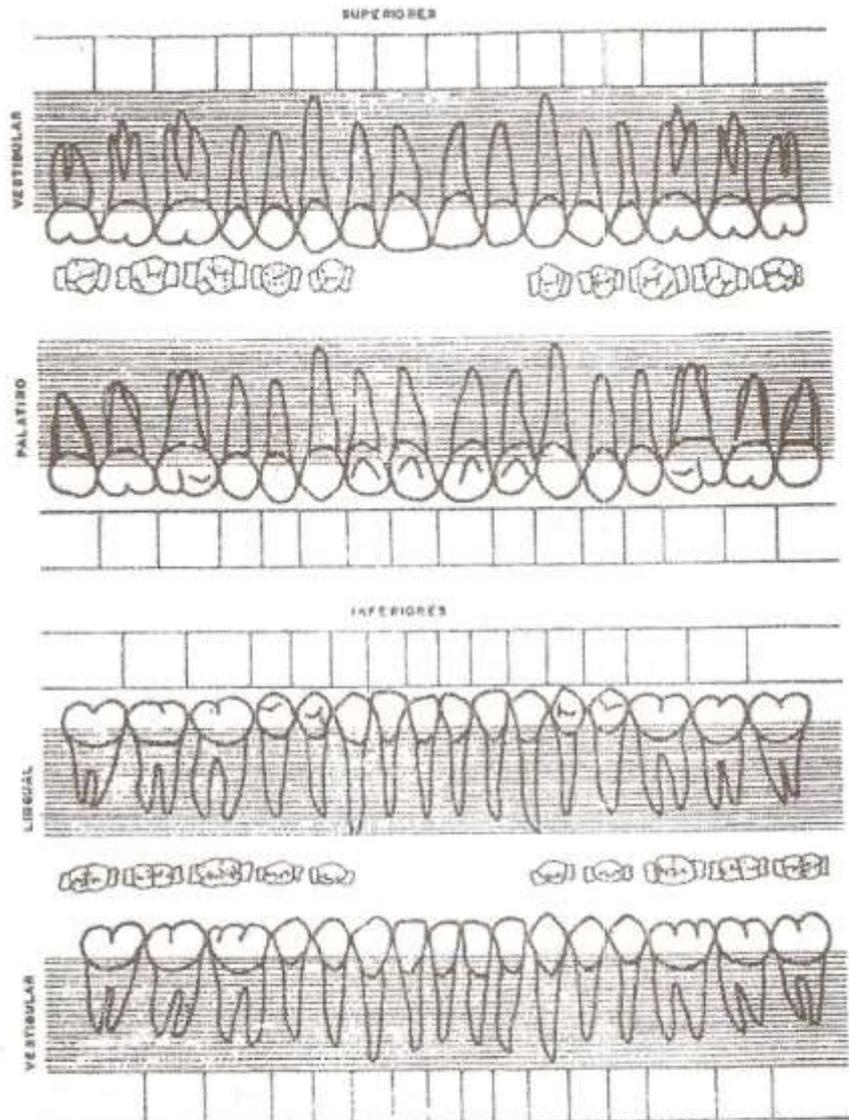
EXAMEN DE LA CABEZA Y DEL CUELLO:

- INSPECCIÓN: SIMETRÍA: S/N MANCHAS: S/N TUMORACIONES: S/N DEPRESIONES: S/N MOTILIDAD: S/N
- PALPACIÓN: TUMORACIONES: S/N DESCRIPCIÓN: _____
- PRESENCIA DE SOPLOS: S/N
- ALTERACIONES DE PARES CRANEALES: S/N DESCRIPCIÓN: _____

ODONTODIAGRAMA

CLAVE PARA EL EXAMEN:

- Piezas dentales ausentes: raya vertical azul.
- Diente por extraer: X en rojo
- Dibujar en rojo el contorno gingival acentuando las alteraciones: inflamación, Hiperplasia, Retracción, etc.
- Marca con puntos la profundidad de los surcos patológicos, unirlos con una línea negra continua.
- Movilidad Horizontal I,II,III y vertical IV
- Indicar exudado, con la inicial Serrisidad, Hemorragia, Pus.
- Absceso: ○ Fístula: ⊙
- Infraoclusión; Extrusión, InclinaClón, Rotación. Indicarlo con una flecha en el cuadro coronario según la dirección del diente
- Bifurcación y Trifurcación acentuar en azul la zona afectada.
- Cuspide o bñolo. Acentuar en azul la zona afectada.
- Rebordes marginales desiguales: 
- Contactos prematuros evidentes. Acentuar en azul las superficies dentarias correspondiente.
- Caries presentes en rojo.
- Surco fisurado en verde; mancha blanca en amarillo; cañes dentaria en anaranjado.
- Cavidades abiertas con obturaciones provisionales negro con borde rojo.
- Obturaciones defectuosas o con recidiva: azul con borde rojo.
- Diente para tratamiento endodóntico; dibujar conducto en rojo. Tratamiento realizado en azul.
- Implante: IMP
- Abrasion: A; Diastema II
- Contacto defectuoso sobre las coronas afectadas: 
- Empaqueamiento de alimentos: E
- Sobreobturacion gingival: 
- Espacio Cerrado: 
- Corona Individual: U
- Puente Fijo: U --- 
- Prótesis Removible: } --- www --- {
- Prótesis Efectuosa: PED



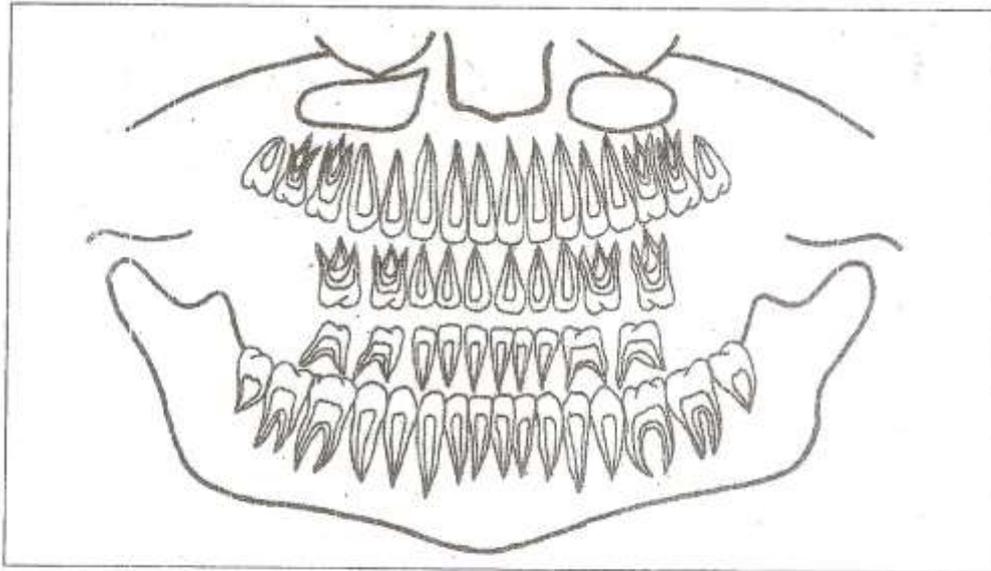
	S.L.A.	C.L.		S.L.A.	C.L.
LABIO			PALADAR DURO		
MEJILLAS			PARED POSTERIOR		
ENCIAS			GLANDULAS SALIVALES		
DIENTES			MAXILAR		
LENGUA			MANDIBULA		
PISO DE BOCA			A.T.M.		
PALADAR DURO			CADENA GAGLIONAR		

Descripción clínica de la lesión: _____

Descripción clínica de la encía: _____

RADIOGRAMA

Marque todas las imágenes sugerentes de lesión siendo lo más exacto posible en cuanto a localización, extensión, forma y relación con estructuras vecinas.



- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Invéngenes sugerencias de pérdida de sustancia calcificada en rojo. 2. Imágenes sugerentes de obturaciones en azul y defectuosas en azul con borde rojo. 3. Pieza: dentarias ausentes, raya vertical en azul. 4. Dibuje con una línea roja la altura y orientación de las crestas óseas interdientarias en las que no se observe la cortical en la punta y en azul aquellas disminuidas en altura con cortical. 5. Alteraciones del espacio del ligamento y lámina dura demarcar en color rojo la zona. 6. Calcu o dental, dibujarlo en color negro. 7. Diente incluido, retenido o no erupcionado señalarlo con una flecha y colocar la inicial "I" al lado. 8. Lesiones radiolúcidas sugerentes de procesos periapicales, tumores, quistes u otros procesos infecciosos, dibujarlos en rojo. 9. Lesiones radiopacas sugerentes de condensaciones óseas o tumores dibujarlos en azul. 10. Fractura dentaria u ósea dibújelas su orientación y ubicación con una línea roja. 11. Las resorciones radiculares deben ser señaladas en color rojo, dibujando su extensión y ubicación, señalándoles con una flecha y colocar la inicial "R" al lado. | <ol style="list-style-type: none"> 12. Anomalías dentarias y/o de estructuras anatómicas. Señalarlos con una flecha y escribir el nombre que la identifica. 13. Diente supernumerario dibujar su contorno en azul. 14. Tratamiento endodóntico correcto rellenar el conducto azul, defectuoso azul con borde rojo. 15. Coronas o puentes fijos, pintar toda la corona en azul incluyendo los fantasmas. Aquellos que se observen defectuosos azul con borde rojo. 16. Resto radicular pintar toda la porción faltante del diente en rojo. 17. Pernos peripulpares o intrapulpares dibujarlos en negro. 18. Pulpitos, calcificaciones de la cámara y/o conductos radiculares señalarlos con una flecha y colocar la inicial "C" al lado. 19. Cualquier otro hallazgo que no este contemplado en el listado anterior, describirlo en forma escrita, en el espacio destinado para tal fin. (Interpretación Radiográfica) 20. En caso de existir Implantes colocar las iniciales IMP en la zona donde se encuentre ubicado. |
|--|--|

