



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA

Fecha de Elaboración: _____

HISTORIA CLINICA DE REEVALUACION

DATOS PERSONALES

Apellidos:		Nombres:	
Edad:	Nombre Representante:		

¿Desde cuándo no asiste a consulta?:

¿Cuál es el motivo de consulta?: Control Dolor Caries Restauraciones defectuosas
Otros Explique:

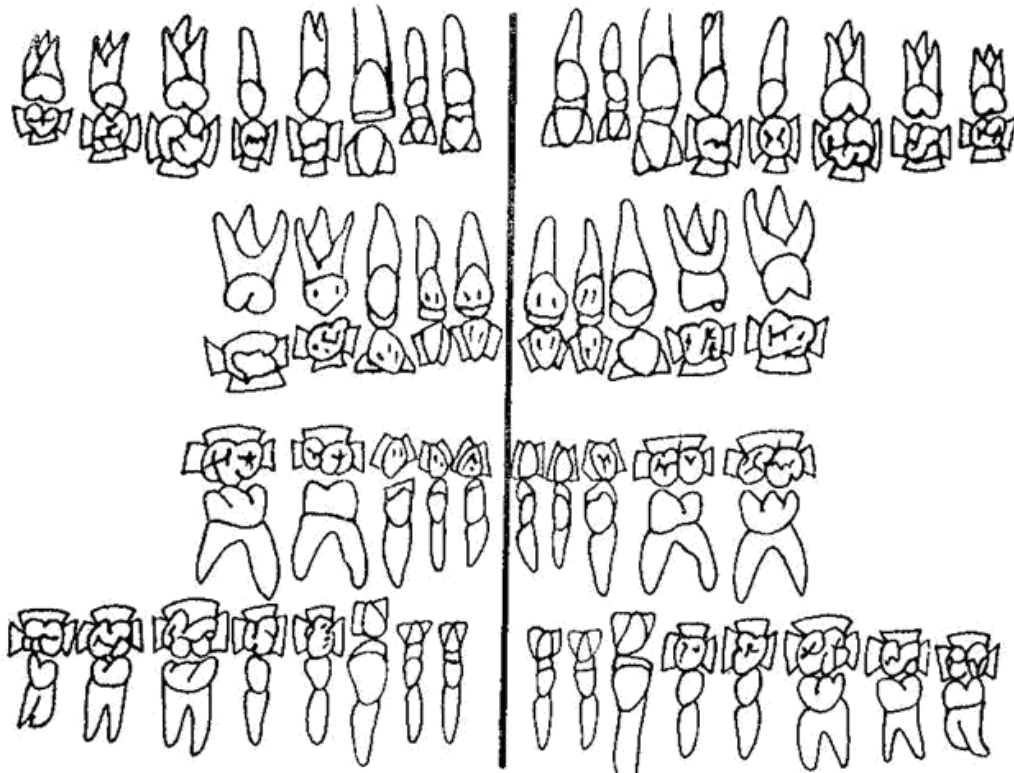
HISTORIA MÉDICA

¿Ha visitado al médico los últimos 6 meses?	SI	NO	MOTIVO:
¿Se encuentra tomando algún medicamento?	SI	NO	CUAL:
¿Qué enfermedades ha padecido durante los últimos 6 meses?:			

EXAMEN CLINICO INTRAORAL

Describe las alteraciones presentes:

ODONTODIAGRAMA



INDICE DE CARIES DENTAL

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

EXAMEN RADIOGRAFICO

<input type="checkbox"/> Radiografías oclusales:	<input type="checkbox"/> Radiografías coronales:	<input type="checkbox"/> Panorámica:
--	--	--------------------------------------

DIAGNOSTICO INTEGRAL

Diagnóstico Médico	
Diagnóstico Periodontal	
Fosas y fisuras profundas lesiones de caries presentes, restauraciones defectuosas	
Alteraciones Pulpares, tratamientos pulpares defectuosos	
Otros (Aparatología en mal estado, pérdidas dentarias, patologías tejidos duros o blandos)	

INTERCONSULTAS

--

PLAN DE TRATAMIENTO

Cita	Diente	Procedimiento

FIRMA DEL ESTUDIANTE: _____	FIRMA DEL PROFESOR: _____
-----------------------------	---------------------------