



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: _____

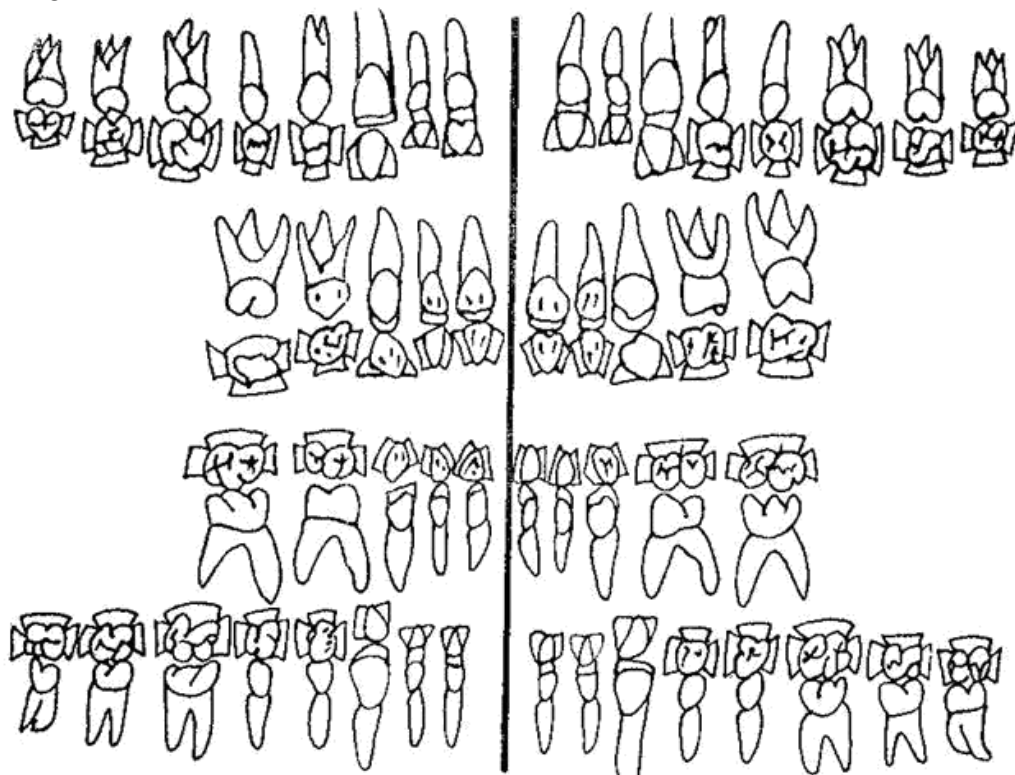
HISTORIA MÉDICA

¿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

☐ Radiografías oclusales:	☐ Radiografías coronales:	☐ 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: _____
-----------------------------	---------------------------