



## 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	¿Cuáles?:			
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 <input type="checkbox"/>	A Término <input type="checkbox"/>	Post-término <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/>	Fórceps <input type="checkbox"/>	Cesárea <input type="checkbox"/>
Peso al nacer:			Talla al nacer:			
Dificultades neonatales Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Explique:				
Alimentación materna: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Duración:			Fórmula: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad:			
Leche completa: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad:			Alimentos sólidos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Mononucleosis <input type="checkbox"/> Rubéola <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Parotiditis <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Dengue <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Impétigo <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Fiebre amarilla <input type="checkbox"/> Herpes simple <input type="checkbox"/> Bronquiolitis <input type="checkbox"/> Zika <input type="checkbox"/> Chicungunya <input type="checkbox"/> Difteria <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por cuál motivo?						
¿Se encuentra bajo tratamiento médico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Por qué?						
Medicamentos que toma actualmente:						
¿Se le han practicado intervenciones quirúrgicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?						
¿Ha estado hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Motivo:						
Vacunas recibidas:				¿Ha recibido sus refuerzos hasta la fecha? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/>	Apreensivo <input type="checkbox"/>	Muy apreensivo <input type="checkbox"/>			
¿Asiste al colegio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nivel escolar:		Promedio de notas:			
Describa al niño	Calmado:	Desafiante:	Introverso:	Extroverso:	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 del primer diente primario:	Edad de erupción del primer diente permanente:
Traumatismos dentarios: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Edad: Tratamiento recibido:	
¿Ha asistido anteriormente al odontólogo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Comportamiento observado:	
¿Cuántas veces al día se cepilla? ¿Se cepilla solo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Quién lo cepilla?:	
¿Cuál crema dental utiliza? Sin F <input type="checkbox"/> 500ppm <input type="checkbox"/> >1000ppm <input type="checkbox"/> ¿Utiliza seda dental o enjuague bucal?	

## ENCUESTA DE DIETA (CUALITATIVA) Marque con una x los alimentos que ingiere por lo menos una vez a la semana

<input type="checkbox"/> Azúcar pura	<input type="checkbox"/> Caramelos	<input type="checkbox"/> Pepito	<input type="checkbox"/> Tortas	<input type="checkbox"/> Mermelada
<input type="checkbox"/> Leche con azúcar	<input type="checkbox"/> Chocolate	<input type="checkbox"/> Papitas fritas	<input type="checkbox"/> Chupetas	<input type="checkbox"/> Refrescos
<input type="checkbox"/> Chicles	<input type="checkbox"/> Pan dulce	<input type="checkbox"/> Galletas dulces	<input type="checkbox"/> Cereales secos	<input type="checkbox"/> Jugos procesados
¿Cuántas meriendas hace el niño entre comidas?			¿Qué come?	
¿Prefiere alimentos blandos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?			¿Cuáles alimentos sólidos prefiere?	
¿Toma tetero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Se duerme con el tetero? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Qué contiene?				
¿Toma leche? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántos vasos? ¿Con qué la acompaña? Azúcar <input type="checkbox"/> Cereal <input type="checkbox"/> Chocolate <input type="checkbox"/>				
¿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):	<input type="checkbox"/> Cabeza	<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Ganglios
Perfil:	Cara :	Labios: <input type="checkbox"/> Normales	Tamaño de la nariz:	Inserción de orejas:
<input type="checkbox"/> Convexo	<input type="checkbox"/> Braquifacial	<input type="checkbox"/> Hipertónicos	<input type="checkbox"/> Pequeña	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> Recto	<input type="checkbox"/> Mesofacial	<input type="checkbox"/> Hipotónicos	<input type="checkbox"/> Mediana	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Cóncavo	<input type="checkbox"/> Dolicofacial	<input type="checkbox"/> Resecos	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Alta
Describa:				

## EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

Encía: <input type="checkbox"/> Color	Mucosa bucal:	Lengua:	Frenillo Labial	Frenillo Lingual	<input type="checkbox"/> Piso Bucal
<input type="checkbox"/> Contorno	<input type="checkbox"/> Anterior	<input type="checkbox"/> Papilas	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Paladar Duro
<input type="checkbox"/> Textura	<input type="checkbox"/> Posterior	<input type="checkbox"/> Volumen	<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Corto	<input type="checkbox"/> Paladar Blando
<input type="checkbox"/> Consistencia	<input type="checkbox"/> Carrillos	<input type="checkbox"/> Posición	<input type="checkbox"/> Fibroso	<input type="checkbox"/> Fibroso	<input type="checkbox"/> Amígdalas
<input type="checkbox"/> Recesión					<input type="checkbox"/> Glándulas Salivales
Describa:					

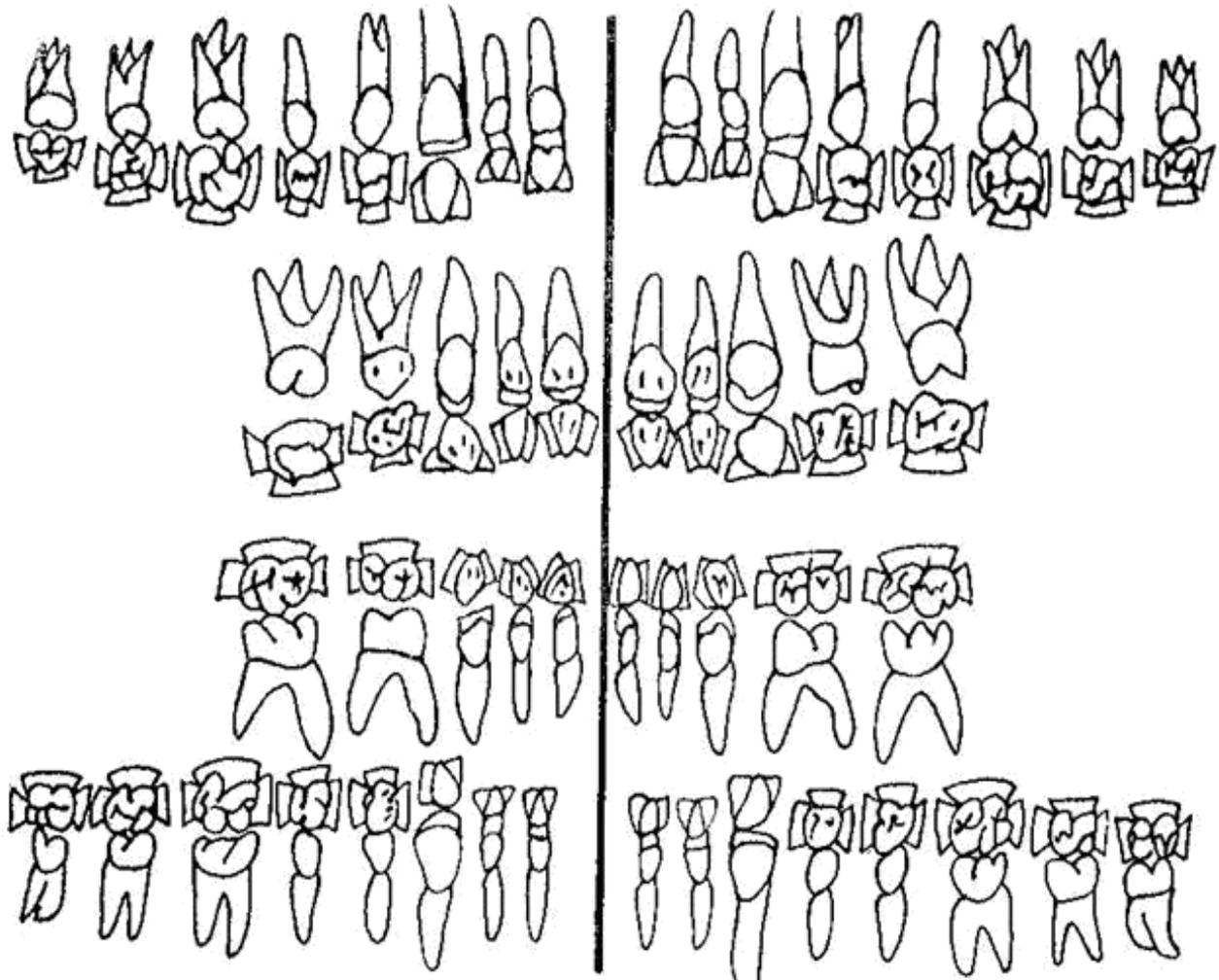
## EXAMEN FUNCIONAL

Desviaciones ATM	Apertura <input type="checkbox"/> Cierre <input type="checkbox"/>	Ruidos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Saltos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
------------------	---	---	---

## HÁBITOS PARAFUNCIONALES

<input type="checkbox"/> Bruxismo	<input type="checkbox"/> Protrusión Lingual	<input type="checkbox"/> Succión Digital	<input type="checkbox"/> Chupón	<input type="checkbox"/> Queilofagia	<input type="checkbox"/> Onicofagia
<input type="checkbox"/> Atrapamiento Labial		<input type="checkbox"/> Respiración Bucal	Frecuencia:		

# ODONTODIAGRAMA



## Códigos:

Lesiones de Caries Leve: en amarillo.

Lesiones de Caries Moderada: en naranja

Lesiones de caries Severa: 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.

Absceso: 0 en rojo.

Fístula: Φ en rojo.

Fosas y Fisuras Profundas: en verde

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.

Necesidad de Endodoncia: conducto en rojo.

Endoncias en Buen Estado: conducto en azul

Exodoncia: X en rojo sobre el diente.

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

Perdida prematura: X en azul sobre el diente.

Fractura ⊐ en rojo fuera del diente.

Defecto de estructura: DE en rojo fuera del diente.

Necesidad de Corona: Δ en rojo.

Corona Realizada: Δ en azul.

Desgaste: D en rojo fuera del diente (pérdida de sustancia calcificada de etiología NO criogénica).

Supernumerario: dibujar diente en negro.

## INDICE DE CARIES DENTAL

**ceod:** Cariados: \_\_\_\_ E. Indicada: \_\_\_\_ Obturados: \_\_\_\_ Índice: \_\_\_\_

**CPOD:** Cariados: \_\_\_\_ Perdidos: \_\_\_\_ Obturados: \_\_\_\_ Índice: \_\_\_\_

## EXAMEN ORTODÓNCICO

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:							
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado <input type="checkbox"/> A tope <input type="checkbox"/> Invertido		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mordida abierta <input type="checkbox"/> Mordida profunda <input type="checkbox"/> En paladar <input type="checkbox"/> En cingulo <input type="checkbox"/> Incompleto		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Desviada <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Inferior <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda _____ mm		<input type="checkbox"/> Protruidos: _____ <input type="checkbox"/> Diastemas: _____ <input type="checkbox"/> Espacio de primate: Presente: __ Ausente: __ <input type="checkbox"/> Apinamiento: _____ <input type="checkbox"/> Pérdidas prematuras: _____							

## 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

<input type="checkbox"/> Radiografías:	<input type="checkbox"/> Laboratorio:	<input type="checkbox"/> Otros:
Describe:		

## PRONÓSTICO Y OBSERVACIONES GENERALES


## INTERCONSULTAS A REALIZAR


## DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Diagnóstico Médico	
Diagnóstico Periodontal	
Lesiones de Caries	
Alteraciones Pulpares	
Patologías de Tejidos duros o Blandos (Diagnóstico Provisional)	
Maloclusiones	Dentición Primaria <input type="checkbox"/> Neuroclusión <input type="checkbox"/> Distoclusión <input type="checkbox"/> Mesioclusión
	<input type="checkbox"/> Clase I <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tipo3 <input type="checkbox"/> Tipo 4 <input type="checkbox"/> Tipo5 <input type="checkbox"/> Biprotrusión
	<input type="checkbox"/> Clase II <input type="checkbox"/> División 1 <input type="checkbox"/> División 2 <input type="checkbox"/> Clase III <input type="checkbox"/> Tipo1 <input type="checkbox"/> Tipo2 <input type="checkbox"/> Tipo3
	<input type="checkbox"/> Subdivisión
Otros	



