



HISTORIA CLÍNICA

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 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:								

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:								

Enfermedades durante el embarazo:						
Medicamentos tomados durante el embarazo:						
Parto N.º:	Pretérmino ☐	A término ☐	Postérmino ☐	Natural ☐	Fórceps ☐	Cesárea ☐
Peso al nacer: kg			Talla al nacer: cm			
Dificultades neonatales: Si ☐ No ☐		Explique:				
Alimentación materna: Si ☐ No ☐ Duración:			Fórmula: Si ☐ No ☐ Edad:			
Leche completa: Si ☐ No ☐ Edad:			Alimentos sólidos: Si ☐ No ☐ Edad:			
Desarrollo Psicomotor: ¿A qué edad?		Gateó:	Caminó:	Habló:		

HISTORIA MEDICA

Sistema Nervioso

¿Ha presentado convulsiones, desmayos 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 broncoespasmo?	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 ☐	Hepatitis B ☐	Mononucleosis ☐	Rubéola ☐	Sarampión ☐	Varicela ☐	Parotiditis ☐	Influenza ☐	Dengue ☐	Meningitis ☐	Zyca ☐
Rotavirus ☐	Impétigo ☐	Tuberculosis ☐	Neumonía ☐	Fiebre reumática ☐	Fiebre amarilla ☐	Herpes simple ☐	Bronquiolitis ☐	Chikungunya ☐		
Difteria ☐	Covid-19 ☐	De ser afirmativo, ¿tuvo alguna secuela?:				Otras ☐	¿Cuál?			
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 ☐ No ☐ ¿Por cuál motivo?						
¿Se encuentra bajo tratamiento médico? Si ☐ No ☐ ¿Por qué?						
Medicamentos que toma actualmente:						
¿Se le han practicado intervenciones quirúrgicas? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?						
¿Ha estado hospitalizado? Si ☐ No ☐ Motivo:						
Vacunas recibidas:				¿Ha recibido sus refuerzos hasta la fecha? Si ☐ No ☐		
BCG:	Anti-Hepatitis B:	Anti-Rotavirus:	Pentavalente:	Anti-Polio:	Anti-Amarílica:	Trivalente Viral:
Anti-Hepatitis A:	Anti-Influenza:	Anti-Varicela:	Anti- Meningococo conjugada:		Anti-Streptococcus pneumoniae:	
Covid19: ¿Cuántas dosis ha recibido?:			¿Qué tipo de vacuna recibió?:			

EXAMEN PSICO-CONDUCTUAL / AMBIENTAL BÁSICO

Actitud del niño ante la consulta	Tranquilo ☐	Aprensivo ☐	Muy aprensivo ☐			
¿Asiste al colegio? Si ☐ No ☐	Nivel escolar:		Promedio de notas:			
Describa al niño	Calmado:	Desafiante:	Introvertido:	Extrovertido:	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 previos: Si ☐ No ☐	Edad: Tratamiento recibido:
¿Ha asistido con anterioridad al odontólogo? Si ☐ No ☐ Comportamiento observado:	
¿Cuántas veces al día se cepilla?: ¿Se cepilla solo? Si ☐ No ☐ ¿Quién lo cepilla?:	
¿Cuál crema dental utiliza? Sin F ☐ 500ppm ☐ >1000ppm ☐ ¿Utiliza seda dental o enjuague bucal? Si ☐ No ☐	

ENCUESTA DE DIETA (CUALITATIVA) MARQUE CON UNA X LOS ALIMENTOS QUE INGIERE POR LO MENOS UNA VEZ A LA SEMANA

☐ Azúcar pura	☐ Caramelos	☐ Pepitos/Doritos	☐ Tortas	☐ Mermelada
☐ Leche con azúcar	☐ Chocolate	☐ Papitas fritas	☐ Chupetas	☐ Refrescos
☐ Chicles	☐ Pan dulce	☐ Galletas dulces	☐ Cereales secos	☐ Jugos procesados
¿Cuántas meriendas hace el niño entre comidas?: ¿Qué come?:				
¿Prefiere alimentos blandos? Si ☐ No ☐ ¿Cuáles?: ¿Cuáles alimentos sólidos prefiere?:				
¿Toma tetero? Si ☐ No ☐ ¿Se duerme con el tetero? ☐ No ☐ ¿Qué contiene el tetero?:				
¿Toma leche? Si ☐ No ☐ ¿Cuántos vasos?: ¿Con qué la acompaña? Azúcar ☐ Cereal ☐ Chocolate ☐				
¿Come mucha sal? Si ☐ No ☐ ¿Come muchos cítricos? Si ☐ No ☐				
Alimentación habitual del niño:				
Desayuno	Merienda	Almuerzo	Merienda	Cena

EXAMEN CLÍNICO EXTRAORAL

Talla actual (Estatura/cm):	Peso actual (Kg):	☐ Cabeza	☐ Cuello	☐ Ganglios
Perfil: ☐ Convexo ☐ Recto ☐ Cóncavo	Cara: ☐ Braquifacial ☐ Mesofacial ☐ Dolicofacial	Labios: ☐ Normales ☐ Hipertónicos ☐ Hipotónicos ☐ Resecos	Tamaño de la nariz: ☐ Pequeña ☐ Mediana ☐ Grande	Inserción de orejas: ☐ Baja ☐ Normal ☐ Alta

EXAMEN CLÍNICO INTRAORAL

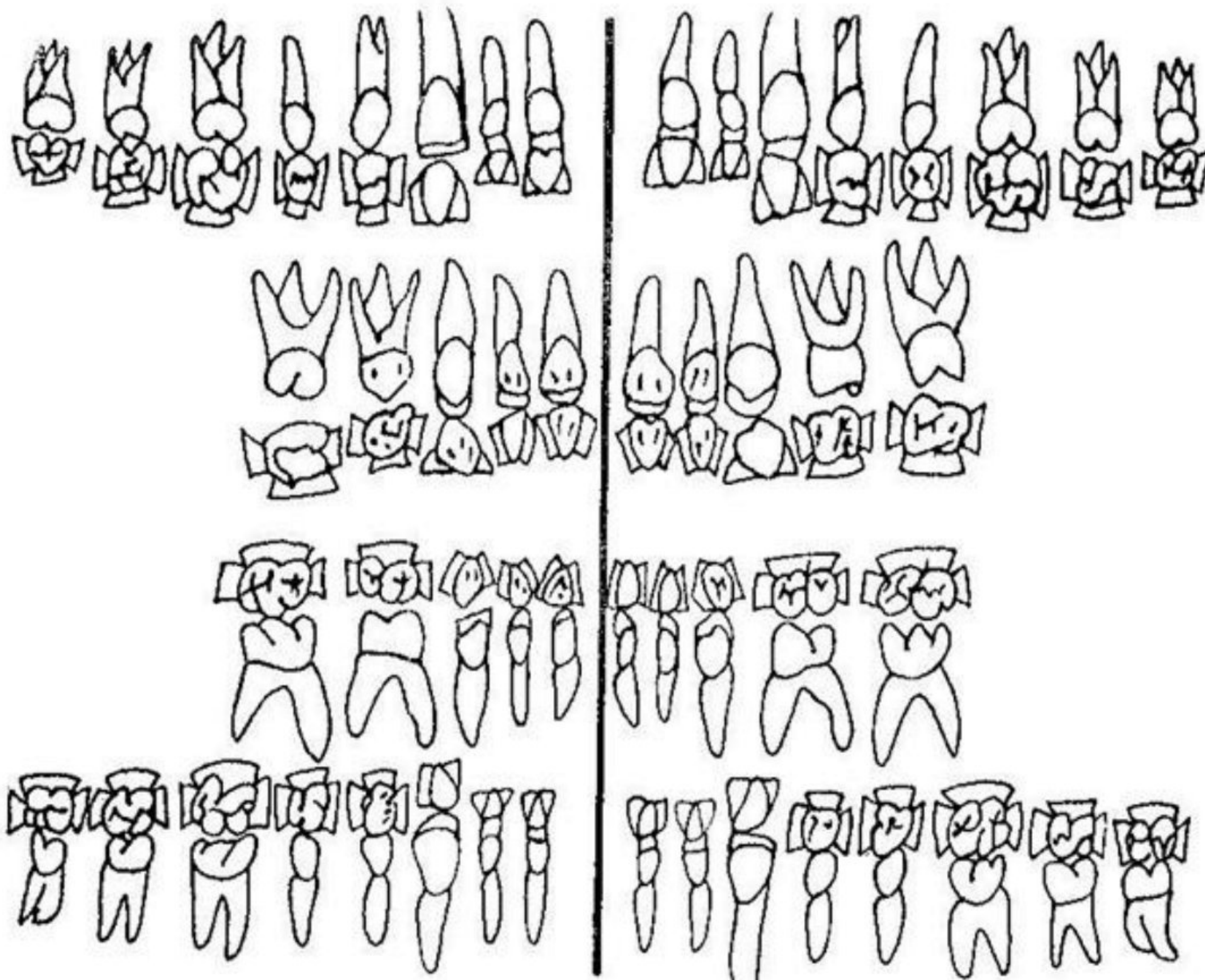
Encía: ☐ Color ☐ Contorno ☐ Textura ☐ Consistencia ☐ Recesión	Mucosa bucal: ☐ Anterior ☐ Posterior ☐ Carrillos	Lengua: ☐ Papilas ☐ Volumen ☐ Posición	Frenillo Labial ☐ Normal ☐ Corto ☐ Fibroso	Frenillo Lingual ☐ Normal ☐ Corto ☐ Fibroso	☐ Piso Bucal ☐ Paladar Duro ☐ Paladar Blando ☐ Amígdalas ☐ Glándulas Salivales
Describa:					

EXAMEN FUNCIONAL

Desviaciones ATM	Apertura ☐ Cierre ☐	Ruidos: Si ☐ No ☐	Salto: Si ☐ No ☐
------------------	---	---	--

HÁBITOS PARAFUNCIONALES

☐ Bruxismo	☐ Protrusión Lingual	☐ Succión Digital	☐ Chupón	☐ Queilofagia	☐ Onicofagia
☐ Atrapamiento Labial		☐ 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 borde rojo.

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: dibujar conducto en rojo.

Endodoncias en Buen Estado: dibujar conducto en azul

Exodoncia: X en rojo sobre el diente.

Diente Ausente: I (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: △ en rojo.

Corona Realizada: △ en azul.

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

Supernumerario: dibujar diente en negro.

ÍNDICE 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): _____ ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ A tope ☐ Invertido		OVERBITE (mm): _____ ☐ Normal ☐ Mordida abierta ☐ Mordida profunda ○ En paladar ○ En cíngulo ○ Incompleto		LÍNEA MEDIA: ☐ Normal ☐ Desviada ☐ Superior ☐ Inferior ☐ Derecha ☐ Izquierda _____ mm		DIENTES: Protruidos: _____ Diastemas: _____ Espacio de primate: Presente: __ Ausente: __ Apiñamiento: _____ 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 Pulpaes:	Supernumerarios:	Variaciones de Número:
Resorción Interna:	Ausencias Congénitas:	Diente Incluido:
Otros:		

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

☐ Radiografías:	☐ Laboratorio:	☐ Otros:
Describa:		

PRONÓSTICO Y OBSERVACIONES GENERALES

INTERCONSULTAS POR REALIZAR

DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Diagnóstico Médico		
Diagnóstico Periodontal		
Lesiones de Caries		
	Alteraciones Pulpares	
Patologías de Tejidos duros o Blandos (Diagnóstico Provisional)		
Maloclusiones	Dentición Primaria ☐ Neutroclusión ☐ Distoclusión ☐ Mesioclusión	
	☐ Clase I ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Tipo3 ☐ Tipo 4 ☐ Tipo5 ☐ Biprotrusión	
	☐ Clase II ☐ División 1 ☐ División 2 ☐ Clase III ☐ Tipo1 ☐ Tipo2 ☐ Tipo3	
	☐ Subdivisión	
Otros		

PLAN DE TRATAMIENTO

[illegible]

FIRMA DEL ESTUDIANTE:

FIRMA DEL PROFESOR:

TRATAMIENTO REALIZADO

[illegible]