

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA:	PRIVADO	UNIDAD OPERATIVA:	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
PACIENTE:	TORRES JARAMILLO DIANA		SEXO (M/F) / EDAD: F / 35a 7m
No. HISTORIA / CÉDULA:	1401401405	LUGAR RESIDENCIA:	Manta, Manabi

1. MOTIVO DE CONSULTA

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.
Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.
Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Registrar síntomas, cronología, localización, características, intensidad, causa aparente, síntomas asociados, estado actual
Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.
Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.
Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

<input checked="" type="checkbox"/> 1. Alergia Antib.	<input type="checkbox"/> 2. Alergia Anest.	<input type="checkbox"/> 3. Hemorragias	<input checked="" type="checkbox"/> 4. VIHSIDA
<input type="checkbox"/> 5. Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Asma	<input checked="" type="checkbox"/> 7. Diabetes	<input type="checkbox"/> 8. Hipertensión
<input type="checkbox"/> 9. Enf. Cardíaca	<input type="checkbox"/> 10. Otro		

Otros Antecedentes / Medicación: Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESP.
120/80 mmHg	72 lpm	36 °C	16 rpm

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

<input checked="" type="checkbox"/> 1. Labios	<input checked="" type="checkbox"/> 2. Mejillas	<input type="checkbox"/> 3. Maxilar Sup	<input type="checkbox"/> 4. Maxilar Inf	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Lengua	<input type="checkbox"/> 6. Paladar
<input type="checkbox"/> 7. Piso	<input type="checkbox"/> 8. Carrillos	<input checked="" type="checkbox"/> 9. Glándulas	<input type="checkbox"/> 10. Oro Faringe	<input type="checkbox"/> 11. A.T.M	<input type="checkbox"/> 12. Ganglios

Descripción:

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.
Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.
Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.

6. ODONTOGRAMA

RECESIÓN

MOVILIDAD

VESTIBULA

1MM	2MM																
0G	0G	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		

LINGUAL

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38




7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA						ENFERMEDAD		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	PERIODONTAL						
			0-1-2-3	0-1-2-3	LEVE	X	ANGLE I		LEVE		
16	17	55									
11	21	61									
26	27	65									
36	37	85									
31	41	81									
46	47	75									
TOTALES											

8. INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOT
D	2	1	3	6
c	e	o	TOT	
d	1	0	2	3

9. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

*	SELLANTE NECESARIO	(X)	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
*	SELLANTE REALIZADO	?	ENDODONCIA		CORONA
X	EXTRACCIÓN INDICADA	[]	PRÓTESIS FIJA		OBTURADO
X	PÉRDIDA POR CARIES	()	PRÓTESIS REMOVIBLE		CARIES

10. PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

Biometría: [X] Química Sang.: [X] Rayos-X: [X] Otros: []

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit.
Sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.
Ut enim ad minim veniam, quis nostrud exercitation ullamco laboris.

11. DIAGNÓSTICO

No	DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO	CIE	PRE	DEF/REP
1	Amputacion Traumatica de otras partes de la Cabeza	S08.8		R
2				
3				
4				

12. TRATAMIENTO

SESIÓN	FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPL.	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
1	2026-02-01	GRHT	GDHT	G	
2					
3					