

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA:	PRIVADO	UNIDAD OPERATIVA:	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
PACIENTE:	MERO BRAVO FERNANDO		SEXO (M/F) / EDAD: M / 2a 4m
No. HISTORIA / CÉDULA:	1350846924	LUGAR RESIDENCIA:	Calle 320 Av interbarrial

1. MOTIVO DE CONSULTA

--

2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Registrar síntomas, cronología, localización, características, intensidad, causa aparente, síntomas asociados, estado actual

--

3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

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

Otros Antecedentes / Medicación:

--

4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESP.
mmHg	lpm	°C	rpm

5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

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

Descripción:

--

6. ODONTOGRAMA

RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
VESTIBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LINGUAL

VESTIBULA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




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	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3	0-1-2-3
16	17	55					LEVE	
11	21	61					MODERADA	
26	27	65					SEVERA	
36	37	85						
31	41	81						
46	47	75						
TOTALES								

8. INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOT
D				
c				
e				
o				
TOT				

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

## 11. DIAGNÓSTICO

No	DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO	CIE	PRE	DEF/REP
1	Accidente de Nave Espacial, con Ocupante Lesionado	V95.4	X	
2				
3				
4				

## 12. TRATAMIENTO

SESIÓN	FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPL.	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
1	2026-05-10				
2					
3					