



UNIVERSIDAD RÓMULO GALLEGOS  
ÁREA DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO



HISTORIA CLÍNICA  
COMPLEMENTARIA

FECHA: \_\_\_\_\_  
HISTORIA No.: \_\_\_\_\_

**I. DATOS PERSONALES.**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: M ( ), F ( ), Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**II. DATOS CLÍNICOS.**

Motivo de Consulta: Control ☐ Emergencia ☐

Descripción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enfermedad Actual:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Resumen Anamnesis:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. HALLAZGOS CLÍNICOS.**

Signos Vitales:

Presión arterial: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_ Frec. Respiratoria: \_\_\_\_\_

**IV. EXÁMEN DE LOS TEJIDOS BLANDOS.** (Cara, cuello, ganglios linfáticos, piel, simetría facial, labios, carrillos, lengua, paladar, piso de boca, orofaringe, encía, otro)

Cara: \_\_\_\_\_

Cuello: \_\_\_\_\_

Ganglio linfático: \_\_\_\_\_

Piel: \_\_\_\_\_

Simetría Facial: \_\_\_\_\_

Labios: \_\_\_\_\_

Carrillos: \_\_\_\_\_

Lengua: \_\_\_\_\_

Paladar: \_\_\_\_\_

Piso de boca: \_\_\_\_\_

Orofaringe: \_\_\_\_\_

Encía: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**V. EXÁMEN DE LOS TEJIDOS DUROS.** (Fractura, pérdida de sustancia calcificada, alteraciones tamaño, posición, forma y número)

Fractura:

P.S. Calcificada:

Alteración de tamaño:

Posición:

Forma:

Número:

**VI. ENCIA.** (Alteraciones del color, contorno, consistencia, tamaño, aspecto o textura, sangramiento, exudado, sacos patológicos)

Alteración de color:

Contorno:

Consistencia:

Tamaño:

Aspecto o textura:

Sangramiento:

Exudado:

Sacos patológicos:

**VII. FACTORES ETIOLÓGICOS.** (Hábitos, placa y otros co-factores, cálculo, saliva, alineación dentaria, restauraciones defectuosas.)

Hábitos:

Placa:

Cálculo:

Saliva:

Alineación dentaria:

Restauraciones defectuosas:

**VIII. TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES.**

( ) Dolor A.T.M.

( ) Dolor facial

( ) Limitación de apertura

( ) Ruidos A.T.M.

Observaciones:

Diagnóstico Presuntivo:

Plan de Tratamiento:

Recomendaciones:

NOMBRE DEL DOCENTE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL DOCENTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ SECCIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_