

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



FECHA: _

HISTORIA CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL

DE OPERATORIA DENTAL			HISTORIA No.:
I. DATOS PERSONALES.			
Nombres y Apellidos:		C.I.:	Edad:
Sexo: M () F (), Lugar de Nacimiento:		Fecha d	e Nacimiento:
Dirección:			
Teléfono:	Ocupación:	Correo: _	
II. EXÁMEN CLÍNICO BUCAL.			
			FIRMA DEL PACIENTE
18 17 16	15 14 13 12 11 21	22 23 24 25	26 27 28
	4444		
5	5 54 53 52 51 61	62 63 64 65	
V C C C C C C C C C C C C C C C C C C C			200 P
	84 83 82 81 71	72 73 74	

43 42 41 31 32 33

34

35

36

FIRMA DEL DOCENTE

38

37

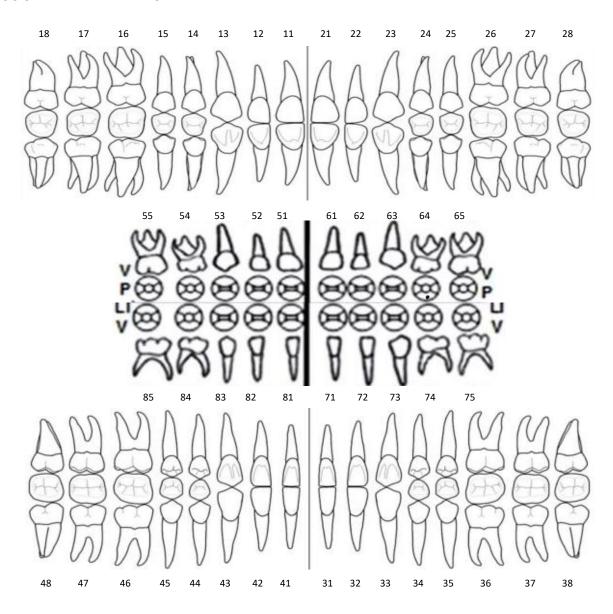


UNIVERSIDAD RÓMULO GALLEGOS ÁREA DE ODONTOLOGÍA DEPARTAMENTO DE CLÍNICA INTEGRAL DEL ADULTO



	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE OPERATORIA DENTAL						FECHA: HISTORIA No.:			
lombre del Estu	diante:				C.I.	:	A	۸ño: S	ección: _	
lombre del Paci	ente:				C.I	·••				
				Actitudin	al	Cognitivo	Proce	dimental		
ratamiento ealizado:	Fecha:	U.D.	Puntualidad (0.25)	Bioseguridad (0.5)	Responsabilidad – relaciones interpersonales (0.25)	Conocimiento teórico (4)	Instrumental (1)	Procedimiento/ destreza (4)	Total	DOCENTE (FIRMA Y SELLO)

III. EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO.



		FIRMA DEL PACIENTE
		FIRMA DEL DOCENTE
OBSERVACIONES:		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	C.I.:	AÑO: SECCIÓN:
NOMBRE DEL DACIENTE:	C I ·	