

# Ficha de Evaluación Odontológica

## Datos del Paciente

Nombre:		Edad:		Sexo:	
Teléfono:		Correo:			
Dirección:					

## Antecedentes Médicos

- Enfermedades sistémicas:  Sí  No — ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
- Alergias:  Sí  No — ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
- Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_
- Cirugías previas:  Sí  No — ¿Cuáles?: \_\_\_\_\_
- Hábitos (fumar, alcohol, bruxismo, etc.): \_\_\_\_\_

## Motivo de Consulta

---

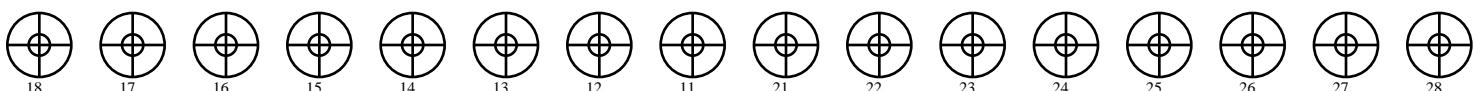
## Exploración Clínica Odontológica

- Higiene oral:  Buena  Regular  Deficiente
- Encías:  Sanas  Gingivitis  Periodontitis leve  Periodontitis severa
- Presencia de caries:  Sí  No
- Placa bacteriana:  Sí  No
- Otras observaciones: \_\_\_\_\_

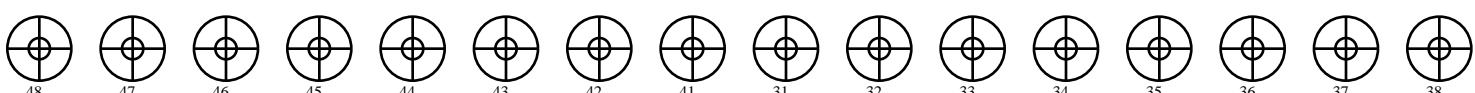
## Dentigrama

(Cada círculo representa un diente con sus 5 caras: mesial, distal, vestibular, lingual/palatino y oclusal)

### Arcada Superior



### Arcada Inferior



## **Diagnóstico**

---

### **Plan de Tratamiento**

- Profilaxis
- Obturación
- Endodoncia
- Ortodoncia
- Periodoncia
- Cirugía oral
- Prótesis
- Otro: \_\_\_\_\_

Firma del Odontólogo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_