

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

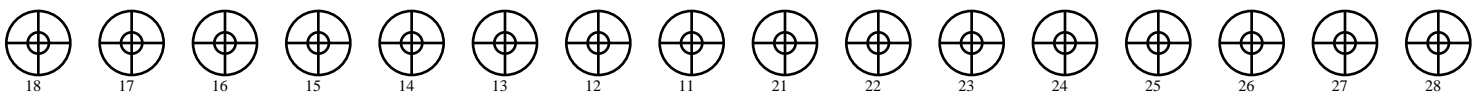
Exploración Clínica Odontológica

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

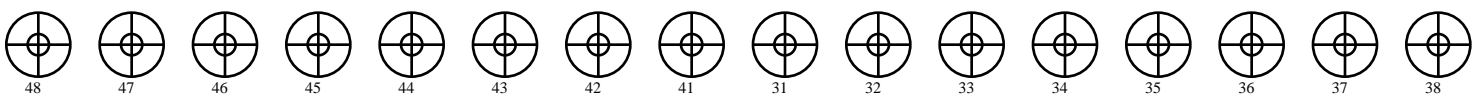
Dentigrama

(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: ____ / ____ / ____