



**FORMATO DE HISTORIA CLINICA PRIMERA VEZ ODONTOLOGIA**  
**A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-001, VI 02-03-2022**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_  
SEXO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_  
N° DE CONTRATO: \_\_\_\_\_ FECHA ULTIMA VISITA ODONTOLOGO: \_\_\_\_\_  
DIRECCION RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ ACUDIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA : \_\_\_\_\_ MOTIVO DE CONSULTA \_\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_\_

REMITIDO POR: \_\_\_\_\_

**ANAMNESIS**

**Motivo de consulta**

**Historia de la enfermedad**

**Antecedentes personales**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardiopatías _____        | <input type="checkbox"/> Alergias _____                    |
| <input type="checkbox"/> Cuagulopatías _____       | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias _____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____            | <input type="checkbox"/> Hospitalarios _____               |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática _____    | <input type="checkbox"/> Infecciones _____                 |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis _____           | <input type="checkbox"/> Quirúrgicos _____                 |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis _____           | <input type="checkbox"/> Trastornos tensión arterial _____ |
| <input type="checkbox"/> Lactancia actual _____    | <input type="checkbox"/> Trastorno psiquiátrico _____      |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Embarazo actual _____ Meses       |

Medicación actual \_\_\_\_\_

Hábitos de higiene oral Frecuencia \_\_\_\_\_ veces/ día Uso de seda dental Si No ☐ A ☐ veces ☐

**Observaciones**

**Antecedentes Familiares**

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la tensión | <b>Observaciones</b> _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____           |                            |
| <input type="checkbox"/> Otros _____              |                            |

**EXAMEN ESTOMATOLOGICO**



## FORMATO DE HISTORIA CLINICA PRIMERA VEZ ODONTOLOGIA

A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-001, VI 02-03-2022

<input type="checkbox"/>	Labios	_____
<input type="checkbox"/>	Carillos	_____
<input type="checkbox"/>	Paladar	_____
<input type="checkbox"/>	Lengua	_____
<input type="checkbox"/>	Piso de boca	_____
<input type="checkbox"/>	Orofaringe	_____
<input type="checkbox"/>	Glándulas salivales	_____

**Observaciones** \_\_\_\_\_

### CARTA DENTAL

DIENTE	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	DIENTE	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
18			28		
17			27		
16			26		
15 o 55			25 o 65		
14 o 54			24 o 64		
13 o 53			23 o 63		
12 o 52			22 o 62		
11 o 51			21 o 61		
DIENTE	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	DIENTE	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
41 o 81			31 o 71		
42 o 82			32 o 72		
43 o 83			33 o 73		
44 o 84			34 o 74		
45 o 85			35 o 75		
46			36		
47			37		
48			38		

**Nota:** para los pacientes en definición mixta encierre en un círculo el diente examinado

**Observaciones**



**FORMATO DE HISTORIA CLINICA PRIMERA VEZ ODONTOLOGIA**  
**A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-001, VI 02-03-2022**

**CONVENCIONES**

<b>AGE</b> Agenesia	<b>ABF</b> Abfraccion	<b>AMG</b> Amalgama	<b>ABRA</b> Abrasión
<b>AMG</b> Amalgama	<b>ABRA</b> Abrasión	<b>AUS</b> Ausente	<b>CAR</b> Caries
<b>CAN</b> Cantiliver	<b>CR</b> Caries recurrente	<b>CC</b> Corona completa	<b>DC</b> Destrucción coronal
<b>T</b> Incrustación	<b>DES</b> Desadaptada	<b>ION</b> Ionometro	<b>EL</b> Exodoncia indicada
<b>INC</b> Obturado temporal	<b>ERO</b> Erosión	<b>PF</b> Prótesis fija	<b>F</b> Fusión
<b>OT</b> Póntico	<b>FX</b> Fractura	<b>PR</b> Prótesis removible	<b>RR</b> Resto radicular
<b>PON</b> Resina	<b>S</b> Sano	<b>SEL</b> Sellantes	

**SUPERFICIES DENTALES**

<b>C</b> Cervical	<b>D</b> Distal	<b>I</b> Incisal	<b>L</b> Lingual
<b>M</b> Mesial	<b>O</b> Oclusal	<b>P</b> Palatino	<b>R</b> Radicular
<b>V</b> Vestibular			

**OTROS HALLAZGOS CLINICOS**

**HALLAZGOS RADIOGRAFICOS**

**DIAGNOSTICOS**

Tipo	Código	Descripción
Diagnostico principal		
Diagnostico relacionado No 1		
Diagnostico relacionado No 2		
Diagnostico relacionado No 3		
Diagnostico relacionado No 4		

**PLAN DE TRATAMIENTO**



## FORMATO DE HISTORIA CLINICA PRIMERA VEZ ODONTOLOGIA

A-TIC-HC-MA-001-PR-002-FO-001, VI 02-03-2022

<b><u>PRONOSTICO</u></b>

Firma del Paciente \_\_\_\_\_

Documento de identidad Tipo \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Firma y sello del Odontólogo

Firma del Acudiente \_\_\_\_\_

Documento de identidad Tipo \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_