

Nombre:	odontologo											
Descripción:	Es la información del odontólogo											
Nombre atributos	Tipo de dato	PK	SK	U	FK	NN	CK	Rango	Validación	Deriva a	Alias	Descripción
idOdontologo	NUMERO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Identificador del odontólogo
nombre	CARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Nombre del odontólogo
primerApellido	CARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Primer apellido del odontólogo
segundoApellido	CARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Segundo apellido del odontólogo
telefono	CARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Telefono del odontólogo
fechaNacimiento	TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Fecha de nacimiento del odontólogo

Nombre:	paciente											
Descripción:	Es la información del paciente											
Nombre atributos	Tipo de dato	PK	SK	U	FK	NN	CK	Rango	Validación	Deriva a	Alias	Descripción
idPaciente	NUMERO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Identificador del paciente
nombre	CHARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Nombre del paciente
primerApellido	CHARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Primer apellido del paciente
segundoApellido	CHARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Segundo apellido del paciente
fechaNacimiento	TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Fecha de nacimiento del paciente
idOdontologo	NUMERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Identificador del odontólogo

Nombre:	consulta											
Descripción:	Es la información registrada de las sesiones de los pacientes con algun odontólogo											
Nombre atributos	Tipo de dato	PK	SK	U	FK	NN	CK	Rango	Validación	Deriva a	Alias	Descripción
idConsulta	NUMERO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Identificador de la consulta
fecha	TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Fecha en la que la consulta fue hecha
horaInicio	TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Hora en que la consulta inició
fechaFin	TIEMPO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Hora en que la consulta terminó
motivo	CARACTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Motivo de la consulta
idPaciente	NUMERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Identificador del paciente

[illegible]

Nombre:	profesional											
Descripción:	Es la información del subtipo de odontólogo, profesional											
Nombre atributos	Tipo de dato	PK	SK	U	FK	NN	CK	Rango	Validación	Deriva a	Alias	Descripción
idOdontologo	NUMERO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Identificador de la consulta
cedula	CARACTER	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Cedula del odontólogo profesional

Nombre:	telefono											
Descripción:	Es la información de los telefonos de los pacientes											
Nombre atributos	Tipo de dato	PK	SK	U	FK	NN	CK	Rango	Validación	Deriva a	Alias	Descripción
idTelefono	NUMERO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Identificador del telefono
telefono	CARACTER	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Números que conforman el telefono
idPaciente	NUMERO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					Idnetificador del paciente