



HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD BUCAL. INTRAMUROS

FECHA: 

DÍA	MES	AÑO	

CLUES:	NOMBRE UNIDAD:	CURP: NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:	TIPO DE PERSONAL:	CÉDULA PROFESIONAL:	SERVICIO:
--------	----------------	--	-------------------	---------------------	-----------

**TIPO DE PERSONAL:** 1.PASANTE EN ODONTOLOGÍA, 2.ODONTÓLOGO, 3.ODONTÓLOGO ESPECIALISTA, 88.OTROS

**SERVICIO:** 1.ODONTOLOGÍA, 2.ODONTOPEDIATRÍA, 3.ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA, 88.OTROS

**RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO):** 1.PRIMERA VEZ, 2.SUBSECUENTE

**1. CLAVE DE LA EDAD:** M.MESES, A.AÑOS

**2. SEXO:** 1.HOMBRE, 2.MUJER

**3. DERECHOHABIENCIA:** 1.IMSS, 2.ISSSTE, 3.OTRA

**4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)**

**a:** 1.VER, 2.ESCUCHAR, 3.CAMINAR, 4.USAR BRAZOS/MANOS, 5.APRENDER/RECORDAR, 6.CUIDADO PERSONAL, 7.HABLAR/COMUNICARSE, 8.EMOCIONAL/MENTAL, 9.NINGUNA;

**b:** 1.POCA DIFICULTAD, 2.MUCHA DIFICULTAD, 3.NO PUEDE HACERLO, 9.SIN DIFICULTAD

**c:** 1.ENFERMEDAD, 2.EDAD AVANZADA, 3.NACIÓ ASÍ, 4.ACCIDENTE, 5.VIOLENCIA, 6.OTRA CAUSA, 9.SIN DIFICULTAD

No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	1 CLAVE DE LA EDAD	2 SEXO	INDÍGENA	SEGURO POPULAR	PROSPERA	DERECHOHABIENCIA	3	MEDICIONES PESO/TALLA	4 DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD)	MIGRANTE	RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	RT	DIAGNÓSTICO	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	ATENCIÓN PREVENTIVA										ATENCIÓN CURATIVA										PROMO- CIÓN DE LA SALUD	REFERIDO	CONTRAREFERIDO	UNIDAD CONSULTANTE TM														
																		CONTROL DE PLACA BACTERIANA	INST. TÉCNICA CEPILLADO	INST. DE USO HILO DENTAL	PROFILAXIS	REVISIÓN	DE HIGIENE DE PRÓTESIS	DE TEJIDOS BUCALES	INSTRUCCIÓN DE AUTOEXAMEN DE CAVIDAD BUCAL	APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	ODONTOXESIS	APLICACIÓN DE BARNIZ CON FLUOR	No. DE PIEZAS	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS	No. DE PIEZAS						AMALGAMA					RESINAS	IONÓMETRO DE VIDRIO	PIEZA TEMPORAL	PIEZA PERMANENTE	CURACIÓN CON MATERIAL TEMPORAL	TERAPIA PULPAR	CIRUGÍA BUCAL	FÁRMACOTERAPIA	OTRAS ATENCIONES	RADIOGRAFÍAS	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO	CONSULTA INTEGRADA LÍNEA DE VIDA	PRESENTA CARTILLA	
																															OBTURA- CIONES	EXTRAC- CIONES	CURACIÓN CON MATERIAL TEMPORAL	TERAPIA PULPAR	CIRUGÍA BUCAL	FÁRMACOTERAPIA																			OTRAS ATENCIONES

CURP / Entidad de nacimiento

Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)

No. de Afiliación

Peso

a

b

Talla

c

1ª vez

1ª vez

1ª vez

CURP / Entidad de nacimiento

Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)

No. de Afiliación

Peso

a

b

Talla

c

1ª vez

1ª vez

1ª vez

CURP / Entidad de nacimiento

Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)

No. de Afiliación

Peso

a

b

Talla

c

1ª vez

1ª vez

1ª vez

CURP / Entidad de nacimiento

Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)

No. de Afiliación

Peso

a

b

Talla

c

1ª vez

1ª vez

1ª vez

CURP / Entidad de nacimiento

Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)

No. de Afiliación

Peso

a

b

Talla

c

1ª vez

1ª vez

1ª vez