

**HISTORIA CLÍNICA GENERAL****ESTUDIANTE QUE INGRESA AL**

Nombre del Estudiante:	Semestre y Grupo
Apellido Paterno	Materno Nombre(s)

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre de Paciente	Fecha de ingreso	Número de Expediente
Apellido Paterno	Materno Nombre(s)	

Sexo:	Femenino ( )	Masculino ( )	Edad:
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento		
Municipio	Estado	País	Día Mes Año
Escuela	Grado Escolar		
Lugar de Residencia			
Calle	No. Ext.	No Int.	Colonia Municipio C.P.
Teléfono. Domicilio	Oficina		
<b>ESCOLARIDAD:</b>			
Analfabeta	Preparatoria		
Primaria	Profesional		
Secundaria	Postgrado		
Técnica	Otros:		
Nombre y parentesco del informador:			
Referido por:		Teléfono	

**II. MOTIVO DE LA CONSULTA**

--

**RESUMEN CLÍNICO:**

1.Fecha y motivo de la última consulta al médico general:

--

2.Fecha de inicio, evolución, estado actual, tx farmacológico previo:

--

2.1. Tratamiento farmacológico actual:

--

**III. ANAMNESIS****ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:**

(Padre, madre, hermanos, hijos, abuelos y consanguíneos) Subraye el padecimiento Descripción

Enfermedad renal, Hepatopatías, congénitas, hematológicas		
Enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, artritis etc.)		
Enfermedades cardiovasculares (hipotensión, hipertensión, infartos, etc.)		
Enfermedades neoplásicas (cáncer, tumor o quiste)		
Enfermedades mentales		

Otras (Especifique)

--

**A. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS****a) Servicios domiciliarios**

	Sí	No		Sí	No
Agua Potable			Letrina		
Drenaje			Electricidad		
Ventilación			Tipo de Vivienda		
			No. de habitaciones		

a) Alimentación (dieta habitual):

Ritmo Prandial	Balance:			
<b>b) Hábitos higiénicos:</b>	Carbohidratos	Lípidos	Cuales	Proteínas
Corporales: Aseo (baño a la semana) _____ días. Deportes a la semana _____ días				
Bucales: Lavado de dientes al día _____ Enjuague bucal al día _____ Hilo Dental _____				

c) Grupo sanguíneo: \_\_\_\_\_ Factor Rh: Positivo ( ) Negativo ( )

d) Inmunizaciones:

Cartilla de vacunación: Completa ( ) Incompleta ( ) cuales faltan \_\_\_\_\_

**A. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: (INICIO, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL)**

a) Enfermedades

Tipo	Sí	No	¿Cuáles?	Inicio	Evolución	Estado actual
Inflamatorias e infecciosas no trasmisibles						
Inflamatorias e infecciosas trasmisibles						
Luéticos ( enfermedad de transmisión sexual)						
Crónico-degenerativas						
Neoplásicas (maligno o benigno)						
Congénitas						
Hematológicas						
Otras						

b) Toxicomanías Alcoholismo ( ) Tabaquismo ( ) Drogas ( )

c) c) Otros Especifique \_\_\_\_\_

1) Alérgicos	Alérgeno	Sí	No	¿Cuál o Cuáles?
	Alimentos			
	Medicamentos			
	Insectos			
2) Quirúrgicos				
3) Fímicos (Tuberculosis)				

<b>4) Traumáticos</b>	
<b>5) Exantemas propios de la niñez</b>	
<b>6) Transfuncionales</b>	
<b>7) Hospitalarios</b>	
¿Ha sido hospitalizado?	Sí ( ) No ( )

Motivo: \_\_\_\_\_

¿Se le ha administrado algún anestésico generalo local? Sí ( ) No ( )

¿Tuvo alguna reacción adversa? Sí ( ) No ( )

Describe: \_\_\_\_\_

Transfusiones Sí ( ) No ( ) Fecha(s) \_\_\_\_\_

Motivo (s) \_\_\_\_\_

Presentó alguna reacción indeseable Sí ( ) No ( )

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**B. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS**

a) Aparato digestivo

	Sí	No		Sí	No		Sí	No
Disfagia			Hematemesis			Melena		
Nauseas			Meteorismo			Ictericia		
Vómito			Estreñimiento			Ascitis		
Pirosis			Diarrea			Herpes oral		
Dispepsia								
Observaciones								

b) Aparato respiratorio

	Sí	No		Sí	No
Obstrucción nasal			Tos		
Rinorrea			Expectoración		
Disnea			Cianosis		
Epistaxis			Hemoptisis		
Otros					
Observaciones:					

**c) Aparato cardiovascular**

	Sí	No		Sí	No
Dolor precordial			Acufenos		
Fosfenos			Cefalea		
Lipotimia			Disnea		
Taquicardia			Mareos		
Edema			Cianosis		
Otros					
Observaciones					

**d) Aparato urinario**

Número de micciones					
	Sí	No		Sí	No
Incontinencia			Nicturia		
Dolor lumbar			Poliuria		
Disuria			Edema		
Hematuria					
Otros					
Observaciones					

**e) Aparato reproductor**

Mujeres				Hombres			
Menarquia:		años					
	Sí	No			Sí	No	
Dismenorrea				Criptorquidia			
Amenorrea				Fimosis			
Metrorragia				Hipertrofia prostática			
Flujo				Impotencia			
VSA				VSA			
No. de embarazos		No. de partos					
No. de abortos		No. de cesáreas					
Complicaciones							
<b>Enfermedades de transmisión sexual</b>				<b>Sí No</b>			
SIDA							
Blenorragia							
VIH Cero positivo							
VPH							
Sífilis							
Condiloma acuminado							
Herpes genital							
Otras							
Observaciones							

**f) Endócrino**

	Sí	No		pérdida	aumento
Poliuria			Peso		
Polidipsia			Intolerancia al	Frío	calor
Polifagia					
Exoftalmos			Otros		
Hipertensión					
Nerviosismo					
Temblores					
Insomnio					
Observaciones:					

**g) Sistema hematopoyético**

	Sí	No		Sí	No
Hemorragia			Petequias		
Epistaxis			Equimosis		
Hematuria			adenopatías		
Hematemesis			Otros		
Observaciones:					

**h) Sistema nervioso**

	Sí	No		Sí	No
Convulsiones			Vértigo		
Cefalea			Temblor		
Lipotimia			Otros		
Parestesia					
Observaciones					

**i) Sistema músculo esquelético**

	Sí	No		Normotónico	Aumento	Disminución
Deformidad articular			Fuerza muscular			
Dolor articular			Otros			
Limitación de movimiento						

i) Aparato tegumentario

	Sí	No		Sí	No
Cambio de color de piel			Pérdida de cabello o vello		
Erupciones			Sequedad cutánea		
Prurito			Otros		
Hiperhidrosis					
Observaciones:					

#### IV. EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso	Talla	F.C.	T.A.	F.R.	Temperatura
------	-------	------	------	------	-------------

### **A. Examen de cabeza y cuello**

**a) Cabeza**

Tipo de cráneo	Dolicocéfalo	Músculos	Normotónico	
	Mesocéfalo		Hipotónicos	
	Braquicéfalo		Hipertónicos	
Cara	Triangular	Hallazgos clínicos	Espásticos	
	Ovoide			
	Cuadrada			
Asimetrías	Transversal			
	Longitudinal			
Perfil	Recto			
	Convexo			
	Cóncavo			

**b) Articulación témporo-mandibular**

(Evaluar movimientos mandibulares apertura, cierre, lateralidad)	Sí	No
¿Hace ruidos cuando mueve la mandíbula?		
¿Por la mañana, siente duros o cansados los músculos de la mandíbula?		
¿Se fatiga comiendo?		
¿Ha tenido o tiene dificultad para abrir la boca?		
¿Ha sentido o siente la mandíbula trabada y no ha podido cerrar?		
¿Se ha quedado alguna vez con la boca abierta y no la ha podido cerrar?		
¿Dolor de cara o articulación?		
¿Disminución en la apertura?		

### c) Aparato estomatognático, exploración extra e intra bucal

### 1) Boca

Descripción	Forma, tamaño, consistencia, integridad, función y alteraciones en color, hidratación, irrigación
Piel de los labios	
Bermellón	
Mucosa de labios	
Carrillos	
Amígdalas	
Paladar blando	
Paladar duro	
Lengua dorso	
Lengua borde lateral	
Ventre	
Piso de la boca	
Encía	

## 2) Mucosa bucal

[illegible]

Registrar al obtener el diagnóstico definitivo

Observaciones:

## B. Estado de salud de la dentición

### a) Alteraciones

	Sí	No	Descripción
Forma			
Tamaño			
Número			
Color			
Estructura			
Erupción			
Posición			

### b) Examen de oclusión

Estático	Derecha	Izquierda
Relación de molares		
Relación de caninos		
Sobre mordida vertical	%	
Sobre mordida horizontal	mm.	
Mordida abierta	Anteriores	Posteriores
Mordida cruzada	Anteriores	Posteriores
Desviación de la línea media:		
Maxilar Superior		mm.
Maxilar Inferior		mm.

Guía canina	Adecuada	Inadecuada		Guía Incisiva	Adecuada	Inadecuada	
-------------	----------	------------	--	---------------	----------	------------	--

### d) Cuello

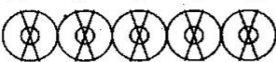
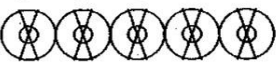


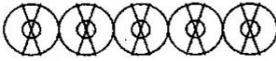
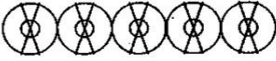
	Sí	No
¿Se palpa la glándula tiroides?		
¿Se palpa la cadena ganglionar?		Especificar cadena
Frecuencia del pulso carotideo (Especificar frecuencia)		

## C. Salud periodontal

Higiene bucal	Buena	Mala	Regular
Tipo de cepillo	Suave	Mediano	Duro
Adecuado (a criterio del odontólogo)	Sí	No	
Frecuencia de lavado	Ninguna	1	2
	Sí	No	Cual
Uso de enjuague bucal			Cuántas veces al día
Uso de seda dental			
Técnicas de cepillado empleadas			

## ODONTOGRAMA INICIAL

Nombre del Alumno				Semestre y Grupo	
	Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)		
Nombre del Paciente				N° de Expediente	
	Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)		

<p><b>SUPERIOR DERECHO</b></p> <p>E D C B A</p> 										<p><b>SUPERIOR IZQUIERDO</b></p> <p>A B C D E</p> 									
																			
																			
<p><b>INFERIOR DERECHO</b></p> <p>E D C B A</p> 										<p><b>INFERIOR IZQUIERDO</b></p> <p>A B C D E</p> 									

FIRMA DEL ALUMNO	FIRMA Y SELLO DEL CATEDRÁTICO
	FECHA



<b>Diagnostico Sistémico</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Diagnostico Estomatológico</b>	El paciente (o tutor) firma bajo protesta de decir verdad que los datos aquí referidos son verdaderos, liberándonos (a la institución y al Cirujano Dentista tratante de la responsabilidad profesional, civil o penal, si es que ha omitido o falseado dato o comentario alguno de su estadio de salud general y estomatológico, o del padecimiento o razón, motivo de consulta actual y que pudiera comprometer o alterar la buena evolución de los procedimientos médico-estomatológicos aquí aplicados.
<b>Pronóstico</b>	<b><u>IMPORTANTE: Todos los tratamientos deben de ser realizados dentro de las instalaciones del instituto franco Ingles de México, bajo la supervisión de los catedráticos responsables.</u></b> <b><u>El Instituto no tiene responsabilidad alguna por tratamientos, arreglos o pagos realizados fuera de las instalaciones</u></b>

Nombre del estudiante	Firma del estudiante						Firma del paciente o tutor	Fecha
Semestre		Grupo		Fecha				
Sello y Firma del Catedrático								

Primer Cuadrante

INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Segundo Cuadrante

Descripción de estructuras anatómicas óseas y periodonto	

Descripción de cada O.D.	Descripción de cada O.D.
18	28
17	27
16	26
15	25
14	24
13	23
12	22
11	21

**Cuarto Cuadrante**

**Tercer Cuadrante**

Descripción de estructuras anatómicas óseas y periodonto	
--	--




Descripción de cada O.D.	Descripción de cada O.D.
48	38
47	37
46	36
45	35
44	34
43	33
42	32
41	31