

# HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

HC:

Fecha:

Hora:

## I.- ANAMNESIS:

### FILIACIÓN:

Nombre del Paciente:

Edad:

Sexo:

Lugar y fecha de nacimiento:

Dirección:

Procedencia:

Ocupación:

Viajes en el último año:

Teléfono:

En caso de Emergencia comunicarse a:

RIESGOS:.....

## MOTIVO DE CONSULTA:

### ENFERMEDAD ACTUAL:

Tiempo de enfermedad:

Inicio:

Curso:

Signos y síntomas principales: .....

Relato de la enfermedad: .....

## FUNCIONES BIOLÓGICAS

- Aparicio:.....
- Sed: .....
- Sueño: .....
- Sudor: .....
- Peso: .....
- Orina: .....
- Deposiciones: .....
- Estado de ánimo: .....

### ANTECEDENTES PERSONALES:

Si la respuesta es positiva en alguno de los siguientes items colocar (SI), caso contrario se consigna (NO):

#### a.- Generales:

- Residencias anteriores:.....
- Ocupaciones anteriores: .....
- Vivienda: Material: .....Agua potable:... Electricidad:..... Desagüe:.....
- Crianza de animales. ....
- Ventilación: N° Habitaciones:..... N° de Habitantes:.....
- Vestido: Conservación e higiene: .....
- Alimentación: .....

#### b.- Fisiológicos

- Parto: Eutócico:..... Distócico:..... Domiciliario: ..... Hospitalario: .....
- Desarrollo físico: Normal:..... Anormal: .....
- Desarrollo psíquico: Normal: ..... Anormal: .....

#### Gineco-Obstétricos:

- Menarquía: ..... Régimen catamenial: .....FUR:.....FUP:.....
- G PARA: ..... Dismenorrea: ..... Lactancia: .....
- MAC: .....Toxemia: ..... PAP: .....Int. Quirúrgicas: .....

#### c.- A. Patológicos:

|   |     |                                   |     |
|---|-----|-----------------------------------|-----|
| Hipertensión Arterial   | ( ) | Otra enfermedad Cardiovascular    | ( ) |
| Diabetes  | ( ) | Otra enfermedad endocrinológica   | ( ) |
| Asma  | ( ) | Hepatitis                         | ( ) |
| Enfermedad hepática   | ( ) | Enfermedad renal                  | ( ) |
| TBC   | ( ) | Otra enfermedad infecciosa        | ( ) |
| Enfermedad hemorrágica  | ( ) | Otras enfermedades                | ( ) |
| Ingesta de medicamentos   | ( ) |                                   |     |
| Reacción alérgica a:  |     |                                   |     |
| Fármacos  | ( ) | Alimentos                         | ( ) |
| Cirugías previas  | ( ) |                                   |     |
| Hospitalizaciones previas   | ( ) |                                   |     |
| Hábitos nocivos   | ( ) | Tabaco ( ) Alcohol ( ) Drogas ( ) |     |
| Alteraciones de la esfera sexual: RSP: .... RSH: ..... N° parejas en el último año: ..... |     |                                   |     |
| Está gestando ( ) Mes ( )   |     |                                   |     |
| Ampliación: (detallar diagnósticos, lugar, fechas, tratamientos)                          |     |                                   |     |

#### d.- Estomatológicos:

Si la respuesta es positiva en alguno de los siguientes items colocar (SI), caso contrario se consigna (NO):

Última visita a dentista:

Tratamientos odontológicos previos:

Infiltraciones de anestesia previas: ( )

Reacciones adversas a la infiltración de anestesia ( ) Cuál:

Exodoncias y Cirugías bucales ó maxilofaciales previas ( )

Ha tenido complicaciones después de la exodoncia ( ) Cuál:

Ampliación: .....

.....

.....

.....

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

- .....
- .....
- .....
- .....

#### R.A.S.A. (Revisión Anamnésica de Sistemas y Aparatos)

Si la respuesta es positiva en alguno de los siguientes items colocar (SI), caso contrario se consigna (NO):

- CABEZA: Cefalea: ..... Traumatismos: .....
- OJOS: Visión Lentas:..... Diplopía: ..... Dolor: ..... Inflamación: ..... Lagrimeo: .....
- OÍDOS. Audición:..... Zumbidos: ..... Dolor: ..... Secreciones: .....
- NARIZ: Olfacción:..... Secreción: ..... Epistaxis: ..... Obstrucción: ..... Prurito: .....
- BOCA: Alteraciones del gusto:..... De labios: ..... De encías: .... De lengua: .....
- FARINGE LARINGE: Dolor: ..... Trastornos de la deglución:..... Voz ronca: .....
- CUELLO: Dolor: ..... Rigidez: ..... Bocio:..... Tumores: .....
- AP RESPIRATORIO: Tos: ..... Expectoración: ..... Hemoptisis: ..... Disnea:..... Asma:.....  
Dolor torácico: ..... Pleuresía: .....
- . AP CARDIOVASCULAR: Palpitaciones:..... Disnea de esfuerzo:..... en reposo: .....  
Paroxística: ..... Dolor precordial: ..... Retroesternal: .....  
Edemas:..... Cianosis: ..... HTA: .....
- . AP GASTROINTESTINAL: Disfagia: ..... Odinofagia:..... Pirosis: ..... Regurgitación:.....  
Balonamiento: ..... Ardor epigástrico: .... Nauseas: .....  
Vómitos: ..... Hematemesis: ..... Melena: ..... Dolor abdominal:....  
Distensión abdominal: ..... Diarrea: ..... Constipación: .....  
Ictericia: .... Coliuria: ..... Hipocolia: ..... Acolia: .....
- . AP URINARIO: Disuria: ..... Polaquiuria:..... Nicturia:..... Incontinencia urinaria: .....  
Poliuria: ..... Oliguria: ..... Anuria: ..... Orina turbia: ..... Hematuria:.....  
Eliminación de cálculos: ..... Dolor lumbar: ..... Cólico renal: .....
- . NEUROPSIQUIATRICO: Mareos:..... Pérdida de conciencia: .... Paresia: .... Parálisis: ...  
Neuralgias: ..... Parestesias: ..... Anestesia: ..... Temblores: .....  
Convulsiones: ..... Dislalia: ..... Inestabilidad emotiva: .....  
Cambios de carácter:..... Alteración de la memoria: .....
- . AP LOCOMOTOR: Limitación funcional:..... Rigidez:..... Debilidad muscular: .....  
Dolor:..... Hinchazón: ..... Compromiso articular: .....
- . PIEL Y ANEXOS: Erupciones: ..... Prurito: ..... Seborrea: .... Cambios de coloración: ...  
De temperatura: ..... Equimosis: ..... Petequias: ..... Hipertrichosis: ...  
Deformidad de uñas:..... Fragilidad de uñas: .....

## II.- EXAMEN CLÍNICO:

### 1.- GENERAL:

#### a.- Ectoscopia:

#### b.- Funciones Vitales:

Presión Arterial:..... Pulso:..... Frecuencia cardiaca:..... Frecuencia respiratoria:..... T°:.....

#### c.- Examen General:

Piel y anexos:

Tejido celular subcutáneo: Cantidad:..... Distribución: ..... Edema:.....

Enfisema: ..... Celulitis: .....

Sistema Oseomioarticular: Examen comparativo de huesos, músculos, tendones y ligamentos

Sistema linfático: Linfadenomegalias: Si:..... NO:.....

### 2.- ESTOMATOLÓGICO:

#### EXTRAORAL

**Cráneo:** Forma:..... Tamaño:.....

Tegumentos:.....

**Cara:** Forma:..... Tamaño:..... Perfil:.....

Asimetría:..... Función VII par:.....

Función V par: .....

**Piel facial:** .....

**Ojos:** Párpados:..... Conjuntiva:.....

Esclerótica:..... Pupilas:.....

Movilidad ocular:.....

**Nariz:** .....

**Oídos:** .....

**ATM:** Movilidad:..... Sonidos:.....

Dolor:.....

Músculos de la masticación: .....

**Cuello:** Forma:..... Tamaño:..... Movilidad:.....

Músculos:.....

Tráquea:.....

Tiroides: .....

Ganglios linfáticos: .....

.....

Glándulas submaxilares:.....

Glándulas parótidas: .....

Pulso carotídeo: .....

**INTRAORAL:**

**Apertura bucal:**.....

**Labios:**.....

**Mucosa yugal:**.....

**Paladar duro y blando:** .....

**Istmo de las fauces:** .....

**Orofaringe:** .....

**Lengua:** .....

**Piso de boca:** .....

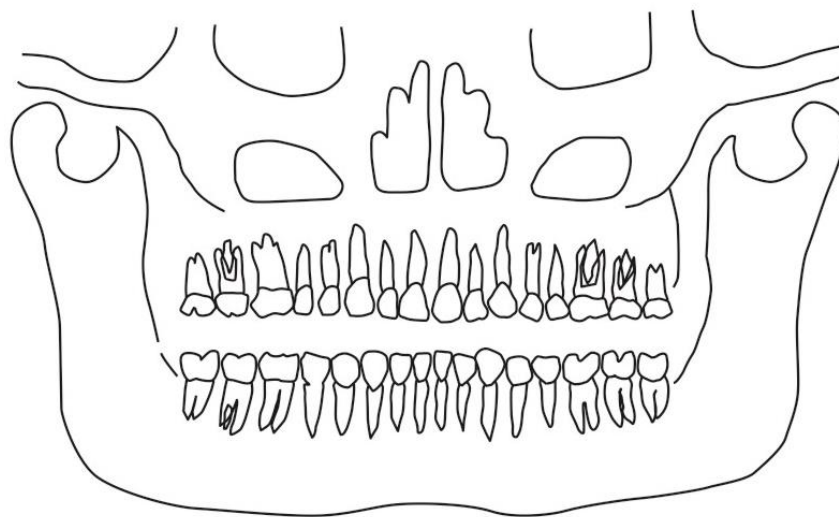
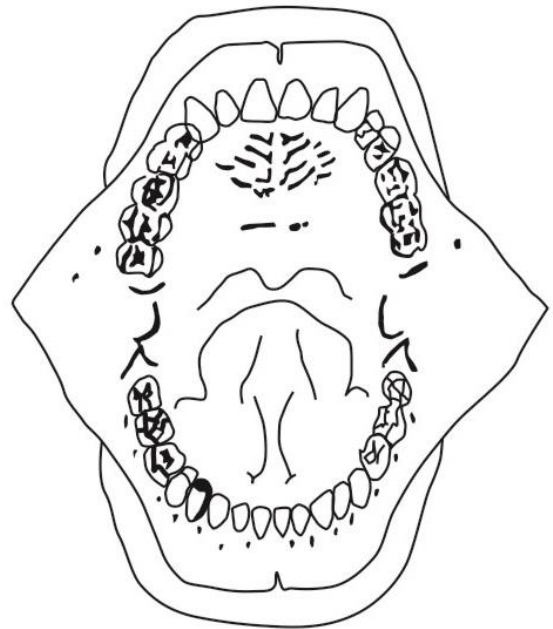
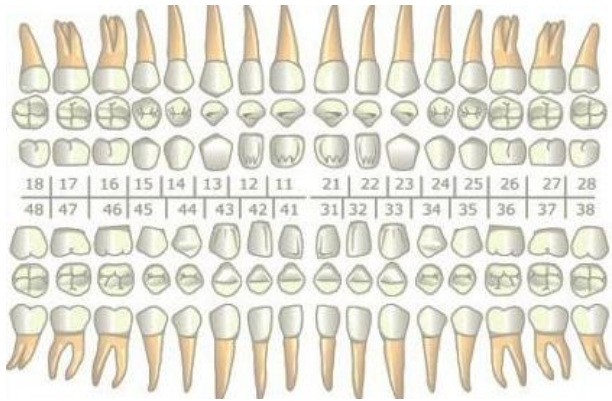
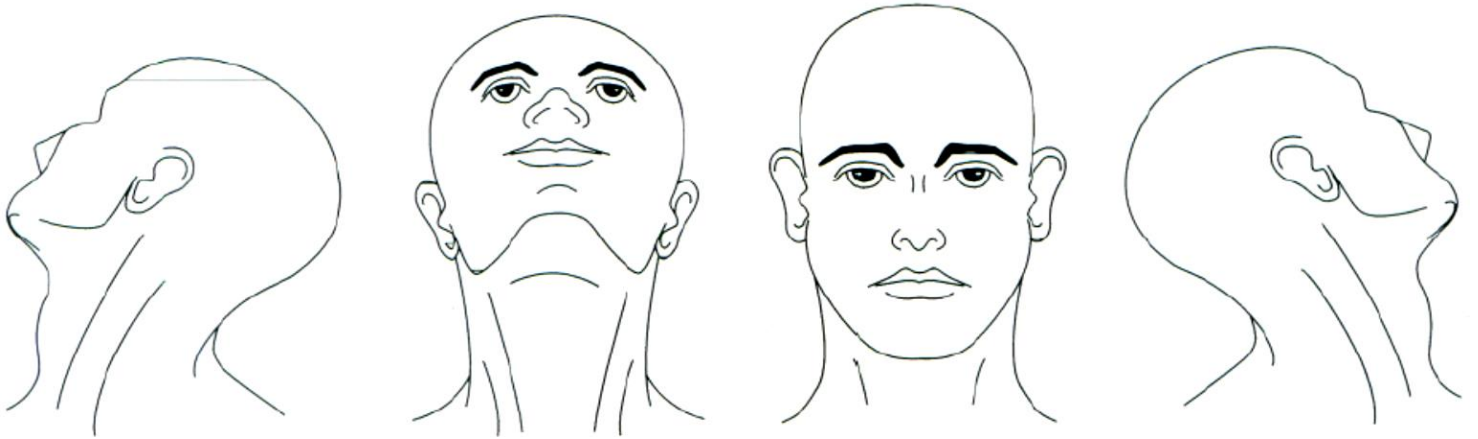
**Encías:**.....

**Dientes:** Relación Molar: ..... Relación Canina:.....

Movilidad dental: .....

**Saliva:**.....

## MAPEO ANATÓMICO DE LAS LESIONES BUCO-MAXILOFACIALES

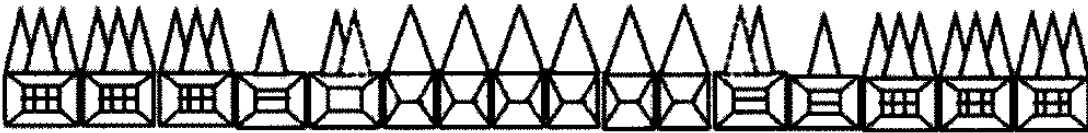


# ODONTOGRAMA INICIAL

Fecha:.....

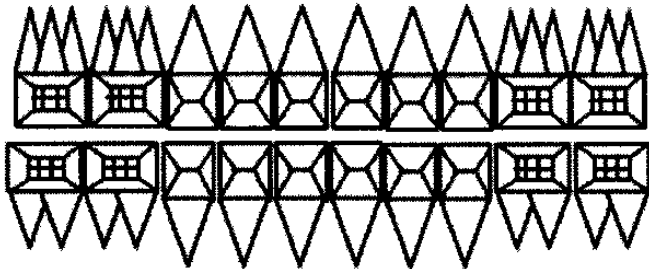
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28



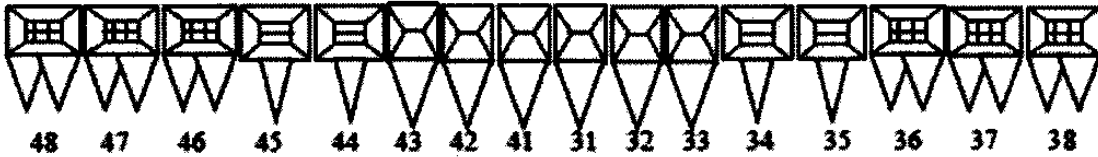
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65



85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Especificaciones:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Observaciones:\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III.- DIAGNÓSTICO (S) PRESUNTIVO (S):**

.....

.....

.....

**IV.- PLAN DE TRABAJO PARA EL DIAGNÓSTICO:**

.....

.....

.....

**RESULTADO DE LOS EXÁMENES AUXILARES:**

.....

.....

.....

**V.- DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:**

.....

.....

.....

**VI.- PLAN DE TRATAMIENTO:**

.....

.....

.....

**VII.- TRATAMIENTOS REALIZADOS:**

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

**VIII.- CONTROL Y EVOLUCIÓN:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\_\_\_\_\_  
Dr. CD.

COP: \_\_\_\_\_