

# HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

033

## A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA:	PRIVADO	UNIDAD OPERATIVA:	CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
PACIENTE:	MERO BRAVO FERNANDO		SEXO (M/F) / EDAD: M / 2a 4m
No. HISTORIA / CÉDULA:	1350846924	LUGAR RESIDENCIA:	Calle 320 Av interbarrial

## 1. MOTIVO DE CONSULTA

dolor de muelas

## 2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

Registrar síntomas, cronología, localización, características, intensidad, causa aparente, síntomas asociados, estado actual  
sdgsgggsdgsdgdgs

## 3. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

<input type="checkbox"/>	1. Alergia Antib.	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Alergia Anest.	<input type="checkbox"/>	3. Hemorragias	<input type="checkbox"/>	4. VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	5. Tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Asma	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Hipertensión
<input type="checkbox"/>	9. Enf. Cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/>	10. Otro				

Otros Antecedentes / Medicación: gsfhdgjfhkhk

## 4. SIGNOS VITALES

PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	TEMPERATURA	FRECUENCIA RESP.
40 mmHg	40 lpm	36 °C	20 rpm

## 5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

<input type="checkbox"/>	1. Labios	<input type="checkbox"/>	2. Mejillas	<input type="checkbox"/>	3. Maxilar Sup	<input type="checkbox"/>	4. Maxilar Inf	<input type="checkbox"/>	5. Lengua	<input type="checkbox"/>	6. Paladar
<input checked="" type="checkbox"/>	7. Piso	<input type="checkbox"/>	8. Carrillos	<input type="checkbox"/>	9. Glándulas	<input type="checkbox"/>	10. Oro Faringe	<input type="checkbox"/>	11. A.T.M	<input type="checkbox"/>	12. Ganglios

Descripción:

shdjgkfhgjl

## 6. ODONTOGRAMA

RECESIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIBULA																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
MOVILIDAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECESIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




## 7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA					ENFERMEDAD		MAL OCLUSIÓN		FLUOROSIS	
PIEZAS DENTALES			PLACA	CÁLCULO	PERIODONTAL					
			0-1-2-3	0-1-2-3						
16	17	55	5	5	LEVE		ANGLE I	X	LEVE	
11	21	61	5	5	MODERADA		ANGLE II		MODERADA	X
26	27	65	5	5	SEVERA	X	ANGLE III		SEVERA	
36	37	85	5	55						
31	41	81	5	5						
46	47	75	5	5						
TOTALES			5	5						

## 8. INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOT
D	5	5	5	5
c	e	o		
d	5	5	5	5

9. SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA

*	SELLANTE NECESARIO	(X)	PÉRDIDA (OTRA CAUSA)	=	PRÓTESIS TOTAL
*	SELLANTE REALIZADO	?	ENDODONCIA		CORONA
X	EXTRACCIÓN INDICADA	[ ]	PRÓTESIS FIJA		OBTURADO
X	PÉRDIDA POR CARIES	( )	PRÓTESIS REMOVIBLE		CARIES

10. PLANES DE DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

Biometría: [X]      Química Sang.: [ ]      Rayos-X: [X]      Otros: [ ]

BFGNFHMGJ

11. DIAGNÓSTICO

No	DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO	CIE	PRE	DEF/REP
1	Bruxismo	F45.8		R
2				
3				
4				

12. TRATAMIENTO

SESIÓN	FECHA	DIAGNÓSTICOS Y COMPL.	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CÓDIGO Y FIRMA
1	2026-05-10	DBF	BSBSBS	BBS	
2		SBBS	BSBSBS	BSBB	
3		SBSBSBS	BBSBS	BSBSB	