HISTORIA CLÍNICA ÚNICA DE SALUD BUCAL — ODONTOLOGÍA

SNS-MSP / HCU-form.033 / 2021 · Hoja 1 de 2

A. Establecimiento y paciente

Institución		**Unicódigo**		**N.º historia clínica**	
Apellidos y nombres				**Sexo · edad**	
Fecha de apertura		**N.º archivo**		**N.º hoja**	

B. Motivo de consulta

	Embarazada	☐ Sí ☐ No

C. Enfermedad o problema actual

D. Antecedentes personales

Alergia a antibiótico	☐	Alergia a anestesia	☐
Hemorragias	☐	VIH / SIDA	☐
Tuberculosis	☐	Asma	☐
Diabetes	☐	Hipertensión arterial	☐
Enfermedad cardíaca	☐		
Otro			

E. Antecedentes familiares

Cardiopatía	☐	Hipertensión arterial	☐
Enfermedad cerebrovascular	☐	Endócrino - metabólico (Diabetes)	☐
Cáncer	☐	Tuberculosis	☐
Enfermedad mental	☐	Enfermedad infecciosa	☐
Malformación congénita	☐		
Detalle			

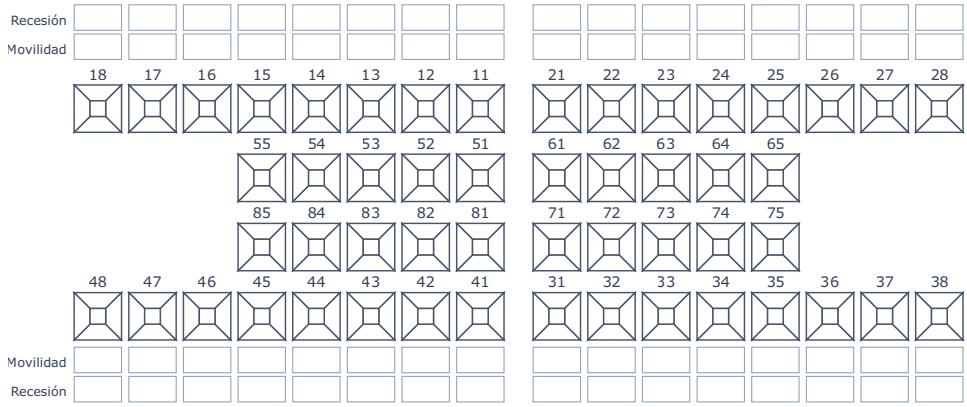
F. Constantes vitales

Temperatura °C		**Pulso /min**		**Frec. respiratoria / min**		**Presión arterial**	

G. Examen del sistema estomatognático — región afectada y descripción

Labios	☐		Carrillos	☐	
Mejillas	☐		Glándulas salivales	☐	
Maxilar superior	☐		Orofaringe	☐	
Maxilar inferior	☐		A.T.M.	☐	
Lengua	☐		Ganglios	☐	
Paladar	☐		Otros	☐	
Piso de boca	☐		Sin patología aparente	☐	

H. Odontograma



I. Indicadores de salud bucal

Piezas	Placa	Cálculo	Gingivitis
16 · 17 · 55			
11 · 21 · 51			
26 · 27 · 65			
36 · 37 · 75			
31 · 41 · 71			
46 · 47 · 85			
Promedio			

Enf. periodontal	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa
Mal oclusión	☐ Angle I ☐ Angle II ☐ Angle III
Fluorosis	☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa

J. Índices CPO-ceo

C	P	O	Total
c	**e**	**o**	**Total**

K. Simbología

Rojo: patología actual / por realizar · **Azul**: realizado. Caries y obturado: cara pintada · Sellante: * · Extracción indicada y pérdida por caries: X · Pérdida por otra causa: X en círculo · Endodoncia: triángulo · Corona: círculo · Ausente: A.

L. Pedido de exámenes

M. Informe de exámenes

N. Diagnóstico — PRE: presuntivo · DEF: definitivo

#	Diagnóstico	CIE	PRE	DEF
1				
2				
3				
4				
5				
6				

O. Profesional responsable

Fecha y hora		Profesional		Cédula	

_____
Firma y sello

P. Tratamiento

Sesión	Fecha	Diagnósticos y complicaciones	Procedimientos	Prescripciones	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					