|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | | |  | **HORA** |
| **DIA** | **MES** | **AÑO** |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | | | | | |  | | | | | | | | |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | | | | | |  | | | **FECHA DE NACIMIENTO** | |  | | | |
| **EDAD** |  | | | **SEXO** | | Masculino | | Femenino | **ESTADO CIVIL** | |  | | | |
| **DIRECCIÓN** | | |  | | | | | **TELEFONO** |  | | | | | |
| **CODIGO** | |  | | | | | **PROGRAMA ACADEMICO** | |  | | | | | |
| **CORREO INSTITUCIONAL** | | | | |  | | | | | **E** | | **D** | **AD** | **EG** |

|  |
| --- |
| 1. **ANAMNESIS** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** |  | **Si** | **No** |
| 1. Alergias |  |  | 9. VIH |  |  |
| 2. Hemorragias |  |  | 10. Cirugías (incluso dentales) |  |  |
| 3. Radioterapias |  |  | 11. Exodoncias |  |  |
| 4. Hipertensión |  |  | 12. Hepatitis |  |  |
| 5. Diabetes |  |  | 13. Patologías respiratorias |  |  |
| 6. Tratamiento médico actual |  |  | 14. Convulsiones |  |  |
| 7. Toma de medicamentos |  |  | 15. Enfermedades orales |  |  |
| 8. Embarazo |  |  | 16. Enfermedades gástricas |  |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **EXAMENES: ESTOMATOLOGO-TEJIDOS BLANDOS- HALLAZGOS** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. LABIOS |  |
| 2. LENGUA |  |
| 3. CARRILLOS |  |
| 4. PISO DE BOCA |  |
| 5. PALADAR |  |
| 6. FRENILLOS |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
|  |
|  |
| 1. **PRÓTESIS** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Presencia de prótesis** | | SI  NO | **Higiene Oral** | BUENA  REGULAR  MALA |
| **Frecuencia de cepillado** | | UNA  DOS  TRES | **Seda dental:** | SI  NO |
| **Descripción:** |  | | | |

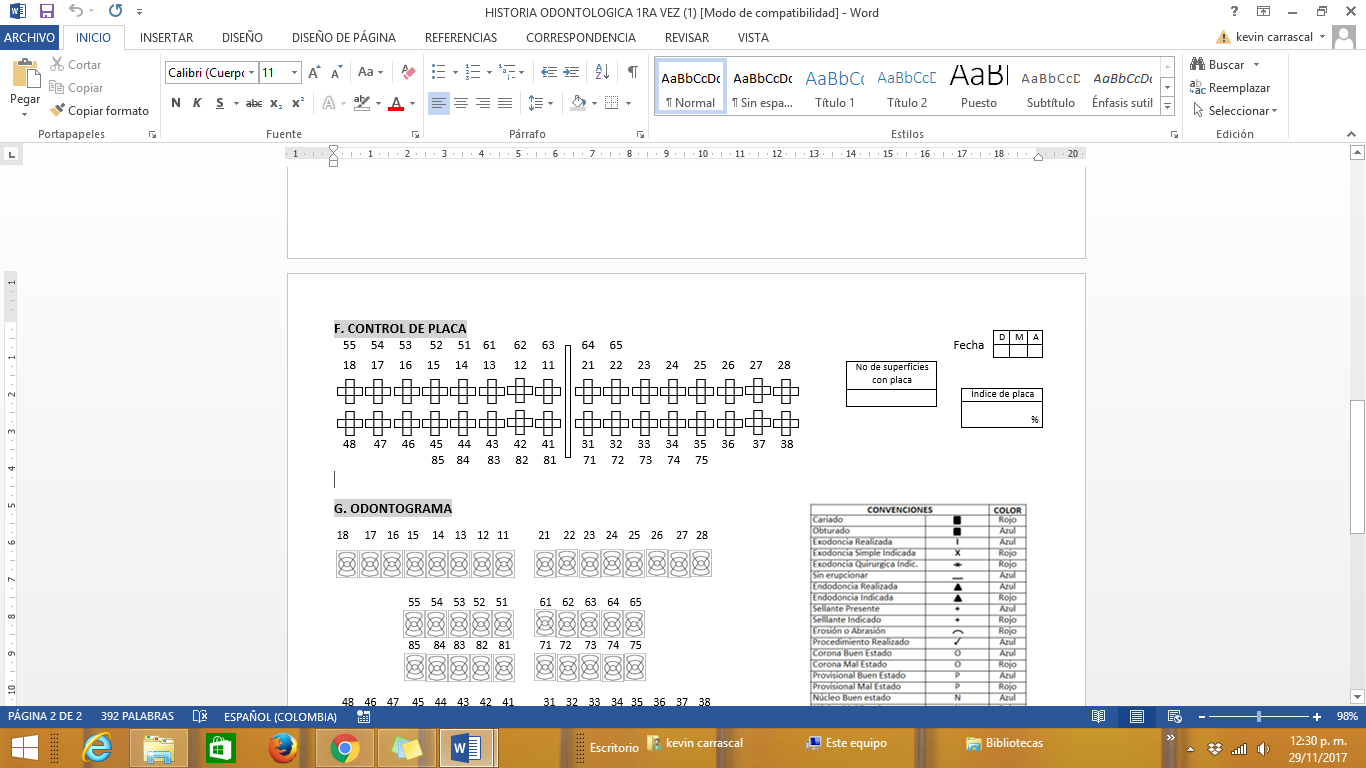
|  |
| --- |
| 1. **ANÁLISIS A.T.M** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Si | No |  | Si | No |
| 1. Dolor muscular |  |  | 3. Ruido articular |  |  |
| 2. Dolor articular |  |  | 4. Limitación del movimiento |  |  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIONES** |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **CONTROL DE PLACA** |

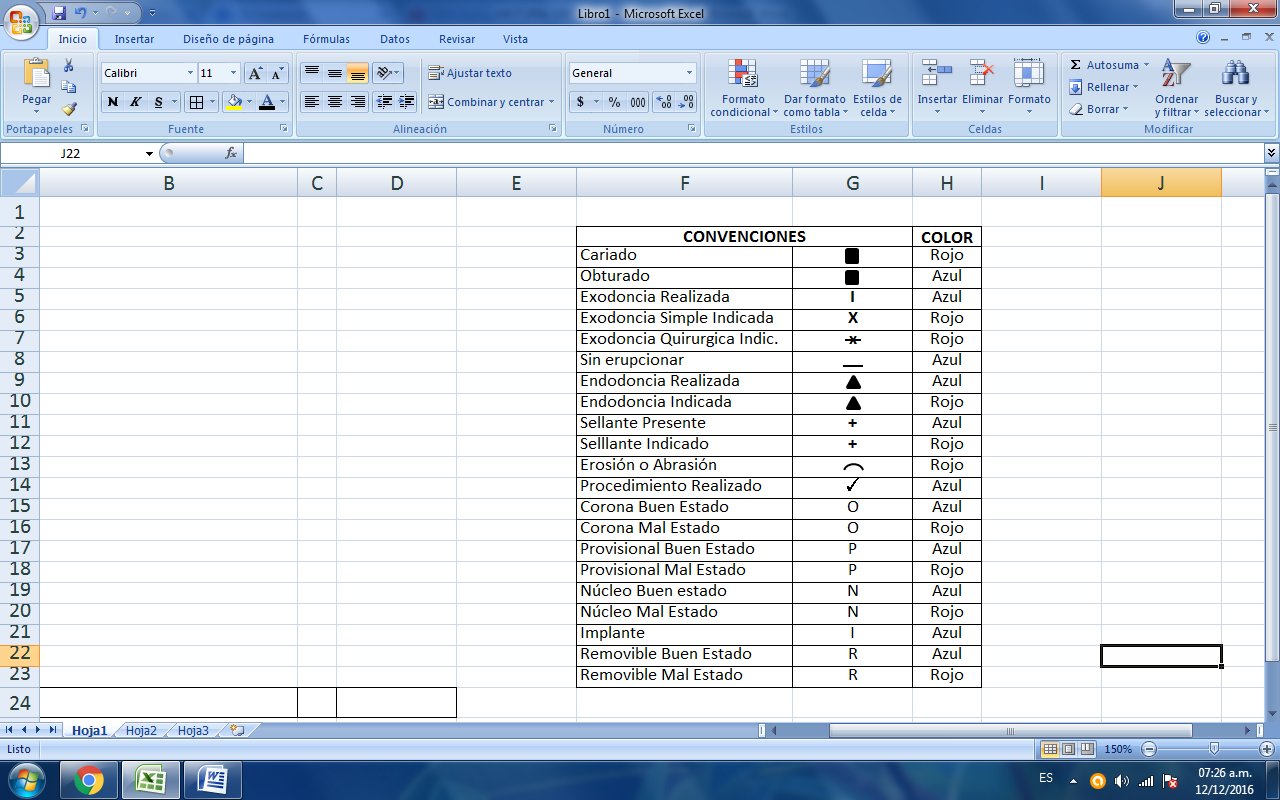
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **D** | **M** | **A** |
|  |  |  |

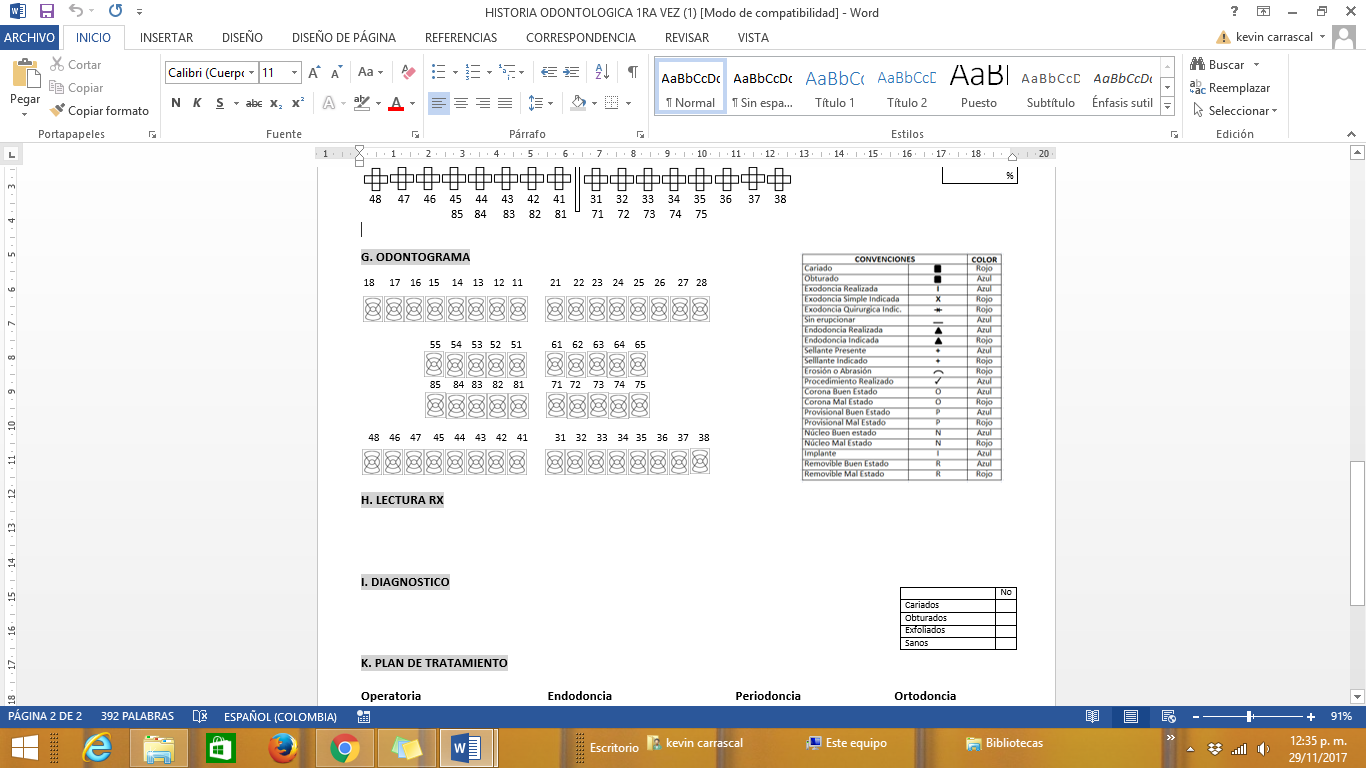


|  |
| --- |
| **No de superficies con placa** |
|  |

|  |
| --- |
| **Índice de placa** |
| **%** |

|  |
| --- |
| 1. **ODONTOGRAMA** |





|  |
| --- |
| 1. **LECTURA RX** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **DIAGNÓSTICO** | |
|  | |  |  | | --- | --- | |  | No | | Cariados |  | | Obturados |  | | Exfoliados |  | | Sanos |  | |

|  |
| --- |
| 1. **PLAN DE TRATAMIENTO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPERATORIA** |  | **ENDODONCIA** |  | **PERIODONCIA** |  |
| **CIRUGÍA ORAL** |  | **MD ORAL** |  | **CIRUGÍA MAXILO FACIAL** |  |
| **HIGIENE ORAL** |  | **REHABILITACIÓN ORAL** |  | **ORTODONCIA** |  |

**\*Consentimiento informado**

En pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al doctor        para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión, así como de los demás profesionales de la salud que se requiere, y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la unidad de salud de la UFPS, se me practique los procedimientos por mi conocidos de acuerdo a los diagnósticos y plan de tratamiento por el realizado y plenamente informado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Firma y T.P del odontólogo Firma del paciente

Huella

| **Fecha** | **Diente** | **Actividad** | **Descripción del procedimiento** | **Firma** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTROL DE CAMBIOS** | | | |
| **VERSIÓN** | **DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO** | **FECHA** | **RESPONSABLES** |
| 03 | **Creación del Documento.** Versión Original ingresada al portal institucional. | 15/11/2017 | Líder de Calidad |
| 04 | **Actualización del Documento.** Documentos y registros relacionados a medicamentos, dispositivos médicos e insumos para habilitación de los servicios de salud que se ofertan desde la División de Servicios Asistenciales y de Salud adscrita a la Vicerrectoría de Bienestar Universitario a la comunidad institucional. | 24/04/2023 | **Elaborado por:**   * Luis Eduardo Trujillo (Vicerrector Bienestar Universitario) * Lina Mariela Ardila (Profesional Coordinador Unidad Salud) * Mónica Bautista (Profesional Apoyo Planeación – Calidad)   **Aprobado por:**   * Henry Luna (Líder de Calidad) |