

C.- EXAMEN FÍSICO:

N	A	MARQUE EN LA COLUMNA CORRESPONDIENTE	COMENTARIOS
		01.- CABEZA, CARA, CUELLO	
		02.- PIEL, CICATRICES, GANGLIOS	
		03.- NARIZ	
		04.- BOCA, GARGANTA	
		05.- OÍDOS	
		06.- OJOS	
		07.- TÓRAX, CORAZÓN, PULMONES	
		08.- ABDÓMEN	
		09.- GENITALES	
		10.- COLUMNA	
		11.- EXTREMIDADES SUPERIORES	
		12.- EXTREMIDADES INFERIORES	
		13.- PIES	
		14.- NEUROLÓGICO	
		15.- TANNER	

D.- EXAMEN ODONTOLÓGICO:

OBSERVACIONES:

E.- EXÁMENES DE LABORATORIO:

EXAMEN DE ORINA	EXAMEN DE SANGRE	
DENSIDAD	HB./HCTO.	
ALBUMINA	GRUPO SANGUÍNEO	
GLUCOSA	HIV	
MICROSCÓPICO	VDRL	
EXAMEN COPROPARASITARIO	EXAMEN RADIOLÓGICO	
	Rx. DE TÓRAX	
	Rx. DE COLUMNA	
EXAMEN OFTALMOLÓGICO		
	VISIÓN PARA COLORES	
RECOMENDACIONES:		
IDÓNEO <input type="checkbox"/>	NO IDÓNEO <input type="checkbox"/>	REVEIBLE <input type="checkbox"/>
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO CLÍNICO		
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRAUMATÓLOGO		
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO OTORRÍNO		
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO OFTALMÓLOGO		
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO ODONTÓLOGO		

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	N° DE HISTORIA CLINICA
-----------------	--------	----------	------------	------	------------------------

MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10-14 AÑOS PROGRAMADO	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	----------	---------------------	-------------------------	-----------------------	------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL REGISTRAR SINTOMAS, CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIHISIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPERTENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO
------------------------	----------------------	----------------	-------------	-----------------	---------	-------------	-----------------	------------------	----------

4 SIGNOS VITALES

PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min
------------------	-------------------------	----------------	------------------

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO

1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS				

6 ODONTOGRAMA PINTAR CON AZUL PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL. MOVILIDAD Y RECESION MARCAR "R" (1,2,3) SI APLICA.

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA				ENFERMEDAD PERIODONTAL	MAL OCLUSIÓN	FLUOROSIS
PIEZAS DENTALES				LEVE	ANGLE I	LEVE
PLACA 0-1-2-3				MODERADA	ANGLE II	MODERADA
CALCULO 0-1-2-3				SEVERA	ANGLE III	SEVERA
GINGIVITIS 0-1						
16	17	55				
11	21	51				
26	27	65				
36	37	75				
31	41	71				
46	47	85				
TOTALES						

8 INDICES CPO-ceo

D	C	P	O	TOTAL
d	c	e	o	TOTAL

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA

* _{rojo} SELLANTE NECESARIO	⊗ PERDIDA (OTRA CAUSA)	≡ PROTESIS TOTAL
* _{azul} SELLANTE REALIZADO	△ ENODONCIA	◻ CORONA
X _{rojo} EXTRACCION INDICADA	□ PROTESIS FIJA	○ _{rojo} OBTURADO
X _{azul} PERDIDA POR CARIES	(- - - -) PROTESIS RENOVABLE	○ _{azul} CARIES

10 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO Y EDUCACIONAL				
BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS - X	OTROS	

11 DIAGNOSTICO		PRE=PRESENTIVO DEF=DEFINITIVO	CIE	PRE DEF	CIE	PRE DEF
1						
2						

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	CODIGO	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	--------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA	DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA
SESION 1				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 2				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 3				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 4				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 5				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 6				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 7				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 8				CODIGO
FECHA				FIRMA
SESION 9				CODIGO
FECHA				FIRMA

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL CADETE: