

NOMENCLATURA	ODONTOGRAMA INICIAL															
ROJO = Lesión Cariosa	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
AZUL = Órgano dentario obturado/restaurado																
X ROJO = Órgano dentario ausente																
/ AZUL = Extracción indicada																
) ROJO = Diente incluido																
O AZUL = Diente reemplazado																
S AZUL = Requiere sellador de fosetas y fisuras																
S ROJO = Existe sellador de fosetas y fusuras																

FLUOROSIS DENTAL

13	12	11	21	22	23
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

0. NORMAL 1. DUDOSO, CUESTIONABLE 2. MUY LEVE 3. LEVE 4. MODERADO 5. SEVERO X EXCLUIDO

	NO	SI		NO	SI		NORMAL	ANORMAL
PLACA DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MOVILIDAD DENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PISO DE LA BOCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARRO SUPRAGINGIVAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BOLSAS PERIODONTALES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MEJILLAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SARRO INFRAGINGIVAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ABCESO PERIODONTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PALADAR DURO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GINGIVITIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	REABSORCIÓN OSEA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PALADAR BLANDO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						LENGUA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DIAGNÓSTICO

PLAN DE TRATAMIENTO

PRONÓSTICO

MANIFIESTO QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS ANTERIORMENTE SON VERDADEROS Y QUE ESTOY DE ACUERDO CON EL TRATAMIENTO DENTAL

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE PADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL ODONTÓLOGO

NOMENCLATURA	ODONTOGRAMA FINAL															
ROJO = Lesión Cariosa	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
AZUL = Órgano dentario obturado/restaurado																
X ROJO = Órgano dentario ausente																
/ AZUL = Extracción indicada																
) ROJO = Diente incluido																
O AZUL = Diente reemplazado																
S AZUL = Requiere sellador de fosetas y fisuras																
S ROJO = Existe sellador de fosetas y fusuras																

NOTAS DE EVOLUCION E INDICACIONES ESTOMATOLOGICAS

FECHA, HORA Y
SIGNOS VITALES

ANOTACIONES

REVERSO * NOTA DE EVOLUCION DEBERA CONTENER SIGNOS VITALES COMPLETOS, EVOLUCIÓN, EXPLORACIÓN FISICA, RESULTADOS DE EXAMENES, TRATAMIENTO, PRONÓSTICO, INDICACIONES, NOMBRE, FIRMA Y CEDULA PROFESIONAL.



CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

NOMBRE DEL PACIENTE _____
EDAD _____ DOMICILIO _____
NOMBRE DEL ODONTOLOGO TRATANTE _____
DIAGNOSTICO _____
ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO _____

Quienes con nuestras firmas validamos éste documento, manifestamos que con lenguaje simple el Odoñtólogo tratante explicó el plan de manejo propuesto y aclaró cada una de las preguntas que el paciente le planteó, de tal forma que *para ambos queda perfectamente claro* que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico-quirúrgico elegido consiste en lo que a continuación se expresa: _____

Motivo de elección: _____
Pronóstico: _____
Molestias previsibles: _____
Efectos secundarios: _____

Como un hecho sobresaliente cabe señalar que la explicación del Odontólogo fue lo suficiente clara para evidenciar los beneficios que acto médico propuesto ofrece al paciente respecto a las otras opciones de manejo, sobresaliendo las siguientes *ventajas* del procedimiento de atención antes mencionado: _____

Igualmente se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el Odontólogo describió las *complicaciones* probables que la literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden la ejecución del acto médico propuesto, aceptando que se conocen como *posibles riesgos* los siguientes: _____

En forma complementaria se manifiesta también que cumpliendo con la normatividad correspondiente, el Odontólogo explicó el significado de la libertad prescriptiva que solicita como *autorización*, de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el Odontólogo tratante podrá actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, derivadas del acto médico autorizado.

El paciente manifiesta que el Odontólogo le explicó suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para *revocar* éste consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, reiterando así total respeto a la libre toma de decisiones. El paciente hace constar que con la información proporcionada por el Odontólogo tratante es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el consentimiento solicitado y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente a la opción que considera pertinente:

SI SE OTORGA CONSENTIMIENTO

NO SE OTORGA CONSENTIMIENTO

Nombre y firma del paciente o representante legal

Nombre y firma del paciente o representante legal

Nombre y firma del Odontólogo

Testigo, nombre y firma

Testigo, nombre y firma

Lugar y fecha: _____