

Estudiante _____	FECHA CREACIÓN _____
FICHA CLÍNICA ÚNICA N° _____	
RUT PACIENTE _____	PACIENTE _____
FECHA NAC _____	EDAD _____ SEXO _____
DIRECCIÓN _____	CIUDAD _____
TELÉFONO _____	E-MAIL _____ PROFESIÓN U OFICIO _____
ANAMNESIS PRÓXIMA	
Motivo Consulta Examen de rutina <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	DOCENTE
Evolución de Signos y Síntomas. Tratamientos recibidos. N/E <input type="checkbox"/>	
Observaciones	
ANAMNESIS REMOTA	
Antecedentes Médicos Personales No refiere <input type="checkbox"/> Enf. Cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Sist. Vascular <input type="checkbox"/> Sangre/Anemia <input type="checkbox"/>	DOCENTE
Nervioso/Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Cefaleas <input type="checkbox"/> Respiratorio <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Enf. Hepática <input type="checkbox"/> Páncreas <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo <input type="checkbox"/>	
Cáncer / Tumores <input type="checkbox"/> Alergias/Inmune <input type="checkbox"/> Enf. Renal <input type="checkbox"/> Genito-urinario <input type="checkbox"/> Trast. Hormonal <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Trimestre <input type="checkbox"/>	
Otras Enfermedades / Especificar	
Medicamentos en Uso No indica <input type="checkbox"/>	
Reacciones Adversas a Medicamentos No refiere <input type="checkbox"/>	
Antecedentes Médicos Familiares No refiere <input type="checkbox"/>	
Experiencias Odontológicas Previas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Última Visita? _____	
Anestesia Local SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar Complicaciones N/E <input type="checkbox"/>	
Extracción Dental SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar Complicaciones N/E <input type="checkbox"/>	
Otras / Especificar	
Otros Antecedentes/Hábitos N/E <input type="checkbox"/>	
Observaciones	
EXAMEN FÍSICO GENERAL	
Valoración ASA _____ Biotipo Ectomorfo <input type="checkbox"/> Mesomorfo <input type="checkbox"/> Endomorfo <input type="checkbox"/>	DOCENTE
Deambular Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Obs. _____	
Descripción Estado Emocional N/E <input type="checkbox"/>	
Otros Hallazgos Sistémicos N/E <input type="checkbox"/>	
Medidas Corporales / Signos Vitales y Otros	
Talla (cm) _____	Peso (Kg) _____
Presión Arterial (mmHg) _____	Pulso (/min) _____
Frec. Respiratoria (/min) _____	Glicemia (mg/dL) _____
Otras Mediciones / Obs.	

EXAMEN FÍSICO EXTRAORAL

DOCENTE

DolicoCraneal
 Biotipo Craneal MesoCraneal
 BraquiCraneal

DolicoFacial
 Biotipo Facial MesoFacial
 BraquiFacial

Convexo
 Perfil Facial Recto
 Cóncavo

Principales Hallazgos en Cara y Cuello N/E

Principales Hallazgos en Piel N/E

Principales Hallazgos en ATMs N/E

Principales Hallazgos en Neuromusculatura N/E

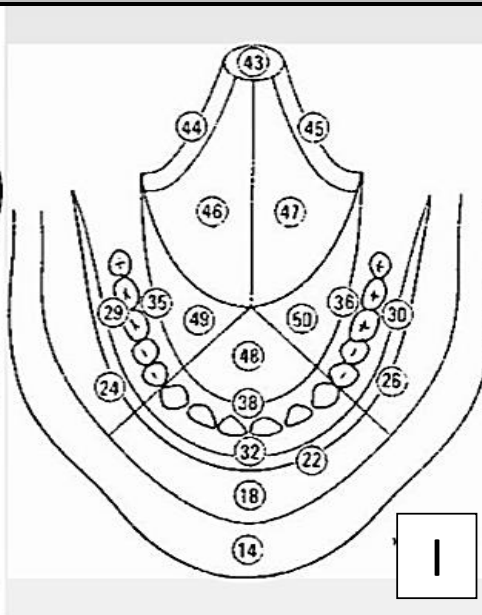
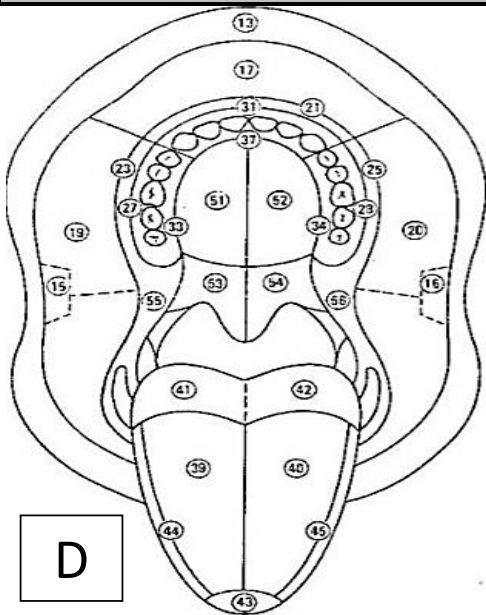
Principales Hallazgos Gl. Salivales Mayores N/E

Principales Hallazgos en Linfonodos N/E

Observaciones

EXAMEN FÍSICO INTRAORAL

DOCENTE



Tipo/Calidad	Saliva Mucosa	<input type="checkbox"/>
	Serosa	<input type="checkbox"/>
Cantidad	Disminuida	<input type="checkbox"/>
	Normal	<input type="checkbox"/>
	Aumentada	<input type="checkbox"/>

Obs.

Principales Hallazgos en Mucosa Oral N/E

Otros Hallazgos Bucales N/E

Observaciones

EXAMENES COMPLEMENTARIOS **DOCENTE**

Exámenes Imagenológicos Solicitados B. W. der B. W. izq Periapical Panorámica Otro examen Rx Cone-Bean Otro examen imagenológico

Estado Óseo Alveolar N/E Análisis en Periodontograma

Grupo 1 _____
 Grupo 2 _____
 Grupo 3 _____
 Grupo 4 _____
 Grupo 5 _____
 Grupo 6 _____

SUPERFICIE: CM=Cervico-Mesial; M= Mesial; O= Oclusal; D= Distal; CD=Cérvico-Distal - PROFUNDIDAD: S=Superficial; M=Mediana prof.; P=Profunda - ESTADO: B=Bueno; R= Regular; M= Malo. ENDODONCIA: P/A= Presente/Ausente - LESIÓN PERIAPICAL: RL= Radiolúcida; RO= RadioOpaca; Mx= Mixta; P=Pequeña; M= Mediana; G= Grande; C/NC= Corticalizada/No Corticalizada

AUSENTE	AGENESIA	LESIÓN	CAVITACIÓN	PROFUNDIDAD	E. RADICULAR	OBTURACIÓN RADIOPACA				OBTURACIÓN NO RADIOPACA				PRÓTESIS FIJA CORONARIA			IMPLANTE			ENDODONCIA (cuando corresponde)			LESIÓN PERIAPICAL (cuando corresponde)
						SUP.		ESTADO		SUP.		ESTADO		ESTADO		TIPO	ESTADO		TIPO	ESTADO		P/A	
Perd	NoEr	M O D	CM M O D CD	S M P	E	M O D	B R M	M O D	B R M	M O D	B R M	TIPO		B R M	TIPO	B R M	P/A	B R M	B R M	DESCRIBIR (RL-RO - Mx;P,M,G; C/NC)			
X																							
	1.8																						
	1.7																						
	1.6																						
	5.5	1.5																					
	5.4	1.4																					
	5.3	1.3																					
	5.2	1.2																					
	5.1	1.1																					
	6.1	2.1																					
	6.2	2.2																					
	6.3	2.3																					
	6.4	2.4																					
	6.5	2.5																					
	2.6																						
	2.7																						
	2.8																						
	4.8																						
	4.7																						
	4.6																						
	8.5	4.5																					
	8.4	4.4																					
	8.3	4.3																					
	8.2	4.2																					
	8.1	4.1																					
	7.1	3.1																					
	7.2	3.2																					
	7.3	3.3																					
	7.4	3.4																					
	7.5	3.5																					
	3.6																						
	3.7																						
	3.8																						
Perd	NoEr	M O D	CM M O D CD	S M P	E	M O D	B R M	M O D	B R M	M O D	B R M	TIPO		B R M	TIPO	B R M	P/A	B R M	B R M	DESCRIBIR (RL-RO-Mx;P,M,G; C/NC)			
AUSENTE	AGENESIA	LESIÓN	CAVITACIÓN	PROFUNDIDAD	E. RADICULAR	OBTURACIÓN RADIOPACA	OBTURACIÓN NO RADIOPACA	PRÓTESIS FIJA CORONARIA	IMPLANTE	ENDODONCIA (cuando corresponde)	LESIÓN PERIAPICAL (cuando corresponde)												

Otros Hallazgos Imagenológicos _____

Otros Exámenes Complementarios _____

DIAGNÓSTICO **DOCENTE**

Pilar Bases Óseas _____
 Pilar ATMs _____
 Pilar Neuromuscular _____
 Pilar Oclusal _____
 Pilar Periodontal _____
 Pilar Dental General _____
 Pilar Dental Específicos _____

Otros/ Diagnóstico Integral _____

PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTO															DOCENTE															
Promoción de la Salud Oral																														
Instrucción de Higiene Oral <input type="checkbox"/> Fluoración <input type="checkbox"/> Sellantes <input type="checkbox"/> Dtes. <input type="checkbox"/>																														
Tto de la Emergencia <input type="checkbox"/> Indicar _____																														
Higienización Periodontal <input type="checkbox"/> to Temporal de caries activas _____																														
Tto Protésico Provisional <input type="checkbox"/> Indicar _____																														
Preparación del Terreno Biológico																														
Tto Periodontal _____																														
Tto Endodóntico _____																														
Tto Quirúrgico _____																														
Tto Ortodóncico _____																														
Tto Oclusal - TTM _____																														
Tratamiento Restaurador / Rehabilitador																														
<small>EXT.= Extensión; S= Simple; C= Compuesto- P. FIJA: Un: P.F. Unitaria; P/Ins= P.F. Plural Inserción; P/Int= P.F. Plural Intermediario.</small>																														
		OBTURACIÓN 1									OBTURACIÓN 2								IMPLANTE	REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS FIJA			PRIORIDAD							
		DESCRIPCIÓN		EXT.		SUPERFICIE					DESCRIPCIÓN		EXT.		SUPERFICIE						TIPO TTO									
				S	C	CV	V	M	O	D	P	CP			S	C	CV	V	M	O	D	P	CP			Un	P/ins	P/Int		
1.8																														
1.7																														
1.6																														
5.5	1.5																													
5.4	1.4																													
5.3	1.3																													
5.2	1.2																													
5.1	1.1																													
6.1	2.1																													
6.2	2.2																													
6.3	2.3																													
6.4	2.4																													
6.5	2.5																													
2.6																														
2.7																														
2.8																														
4.8																														
4.7																														
4.6																														
8.5	4.5																													
8.4	4.4																													
8.3	4.3																													
8.2	4.2																													
8.1	4.1																													
7.1	3.1																													
7.2	3.2																													
7.3	3.3																													
7.4	3.4																													
7.5	3.5																													
3.6																														
3.7																														
3.8																														
		DESCRIPCIÓN		EXT.		SUPERFICIE					DESCRIPCIÓN		EXT.		SUPERFICIE					TIPO TTO										
		OBTURACIÓN 1									OBTURACIÓN 2								IMPLANTE	REHABILITACIÓN CON PRÓTESIS FIJA			PRIORIDAD							

REHABILITACIÓN PRÓTESIS REMOVIBLE															
MAXILAR SUPERIOR _____															
MAXILAR INFERIOR _____															
Fase de Estabilización Post-Tratamiento o de Mantención Programada															
Describir _____															

