



No. EXP: _____

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

MATRÍCULA: _____

FECHA: _____

I. FICHA DE IDENTIDAD DEL PACIENTE

NOMBRE: _____
 DOMICILIO: _____
 CIUDAD: _____ EDAD: _____ SEXO: F() M() OCUPACIÓN: _____
 TELÉFONO DE SU DOMICILIO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

II. MOTIVO DE LA CONSULTA:

III. HISTORIA MÉDICA

¿Se encuentra usted en buen estado de salud?	SI () NO ()
¿Está usted recibiendo tratamiento médico actualmente?	SI () NO ()
¿Ha notado algún cambio en su salud general en el último año?	SI () NO ()
¿Ha estado usted seriamente enfermo alguna vez?	SI () NO ()
¿Ha estado usted hospitalizado?	SI () NO ()
¿Conoce usted algún problema relacionado con su presión arterial?	SI () NO ()
¿Padece usted problemas del corazón, problemas respiratorios o digestivos?	SI () NO ()
¿Padece usted ataques, desmayos o convulsiones?	SI () NO ()
Señora, ¿está usted embarazada?	SI () NO ()
NOTAS:	

¿Ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?	
Alergias	SI () NO ()
Infarto cardiaco	SI () NO ()
Alta presión	SI () NO ()
Baja presión	SI () NO ()
Diabetes	SI () NO ()
Tuberculosis	SI () NO ()
Úlceras gástricas	SI () NO ()
Sinusitis	SI () NO ()
Cáncer	SI () NO ()
Problemas de coagulación	SI () NO ()
Hepatitis	SI () NO ()
VIH+/SIDA	SI () NO ()
OTRA:	
NOTAS:	

DIENTE # _____

IV. HISTORIA DENTAL

TRATAMIENTO DENTAL PREVIO: SI () NO () ¿Cuál?	¿Hace cuánto tiempo?
TRATAMIENTO ENDODÓNTICO PREVIO: SI () NO ()	¿Hace cuánto tiempo?
TRAUMA DENTAL: SI () NO ()	¿Hace cuánto tiempo?
HISTORIA DE DOLOR: SI () NO ()	Frio () Calor () Masticación ()
	Días () Semanas () Meses ()

V. EXAMEN CLÍNICO

CORONA ANATÓMICA: Caries () Restauración () Bruxismo () Fractura () Fractura y exposición pulpar ()
INFLAMACIÓN PRESENTE: SI () NO () En encía vestibular () En encía lingual/palatina () Facial ()
GINGIVITIS: SI () NO () SARRO: SI () NO () FÍSTULA: SI () NO () Vest. () Ling./Pal. () Extraoral ()
DOLOR PRESENTE: SI () NO () Espontáneo () Provocado () Frio () Calor () Masticación () Nocturno () Aire () Dulce () Ácido () Irradiado () Difuso () Punzante () Continuo () Intermitente () Esporádico ()
DOLOR A LA PERCUSIÓN: Horizontal () Vertical () DOLOR A LA PALPACIÓN: Vestibular () Lingual/Palatino ()
BOLSAS: SI () NO () SONDEO: MOVILIDAD: Normal () Grado I () Grado II () Grado III ()

PRUEBAS DE VITALIDAD:	FRIO ()	CALOR ()
	RESPONDE: SI () NO ()	RESPONDE: SI () NO ()
	DURACIÓN: Corta () Mediana () Larga ()	DURACIÓN: Corta () Mediana () Larga ()
	INTENSIDAD: Leve 0-3() Moderada 4-7 () Severa 8-10 ()	INTENSIDAD: Leve 1-3() Moderada 4-7 () Severa 8-10 ()

VI. EXAMEN RADIOGRÁFICO

CÁMARA PULPAR: Abierta () Cerrada () Amplia () Estrecha () Cálculos pulpares ()		
CONDUCTO(S): Único () 2 Conductos () 3 Conductos () 4 Conductos () Amplio () Estrecho () Recto () Curvo () Tratado anteriormente () Ápice abierto: SI () NO ()		
LESIÓN EN FURCA: SI () NO ()	LESIÓN APICAL: SI () NO ()	LESIÓN LATERAL: SI () NO ()
LESIÓN ENDO-PERIO: SI () NO ()	FRACTURA RADICULAR: SI () NO () Vertical () Horizontal ()	RAÍCES ENANAS: SI () NO ()
CALCIFICACIÓN: SI () NO () Total () Parcial ()	LIGAMENTO PERIODONTAL: Normal () Ensanchado ()	REABSORCIÓN: SI () NO () Interna () Externa ()

VII. DIAGNÓSTICO PULPAR DE PRESUNCIÓN

(Antes de abrir la cámara)

PULPITIS REVERSIBLE () PÓLIPO PULPAR ()
 PULPITIS IRREVERSIBLE PULPITIS IRREVERSIBLE
 ASINTOMÁTICA () SINTOMÁTICA ()
 PREVIAMENTE TRATADO () PULPA NECRÓTICA ()

VIII. DIAGNÓSTICO PERIAPICAL

SIN DATOS PATOLÓGICOS ()
 PERIODONTITIS APICAL AGUDA (SINTOMÁTICA) ()
 PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA (ASINTOMÁTICA) ()
 ABSCESO APICAL AGUDO (SIN FÍSTULA) ()
 ABSCESO APICAL CRÓNICO (CON FÍSTULA) ()
 ABSCESO FÉNIX ()
 CELULITIS FACIAL ODONTÓGENA ()
 QUISTE/GRANULOMA ()
 OSTÉITIS CONDENSANTE ()

OTRO: _____

IX. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

PULPITIS IRREVERSIBLE ()
 PULPA NECRÓTICA ()

X. TRATAMIENTO INDICADO

BIOPULPECTOMÍA ()	NECROPULPECTOMÍA ()	RETRATAMIENTO ()	BLANQUEAMIENTO ()
APICECTOMÍA ()	HEMISECCIÓN ()	RADICECTOMÍA ()	EXTRACCIÓN ()

XI. ACEPTACIÓN DEL TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para que el Alumno y Docentes encargados realicen en mi boca los procedimientos clínicos necesarios para mantener o recobrar mi salud bucal. Estoy de acuerdo en los tratamientos sugeridos por el ALUMNO Y DOCENTE DE LA CLÍNICA DE ENSEÑANZA EN ENDODONCIA DE LA UABC, CISALUD, UNIDAD VALLE DE LAS PALMAS. .

FIRMA DEL PACIENTE _____ FIRMA DEL MAESTRO _____ FIRMA DEL ALUMNO _____

XII. DATOS CLÍNICOS

CONDUCTO	LONGITUD DE TRABAJO	PUNTO DE REFERENCIA	LIMA INICIAL	ÚLTIMA LIMA APICAL	GATES	CONO MAESTRO DE GUTAPERCHA
ÚNICO ()	mm					
VESTIBULAR ()	mm					
PALATINO/LINGUAL ()	mm					
MESIO BUCAL ()	mm					
MESIO LINGUAL ()	mm					
DISTAL ()	mm					
DISTO BUCAL ()	mm					
DISTO LINGUAL ()	mm					

TÉC. DE INSTRUMENTACIÓN: Convencional () Fuerzas balanceadas () Crown Down () Step-Back () Otra:
AGENTE IRRIGANTE: NaOCl 1% () NaOCl 2.5% () NaOCl 5.25% () Otro:
CURATIVO DE DEMORA: SI () NO () Ca(OH) ₂ () Otro:
OBTURACIÓN: Lateral () CEMENTO: Sealapex () Tubli Seal () Otro:

XIII. ACCIDENTES OPERATORIOS SI () NO ()

ACCESO INADECUADO ()	ESCALÓN ()	TRANSPORTACIÓN ()
PERFORACIÓN EN CÁMARA ()	PERFORACIÓN EN CONDUCTO ()	INSTRUMENTO FRACTURADO ()
SOBREINSTRUMENTACIÓN ()	SUBINSTRUMENTACIÓN ()	SOBREOBTURACIÓN ()
SUBOBTURACIÓN ()	OBTURACIÓN INADECUADA ()	FRACTURA CORONARIA ()
FRACTURA VERTICAL ()	EXTRUSIÓN DE CEMENTO ()	EXTRUSIÓN DE HIPOCLORITO ()
SIN DOMINIO DE TÉCNICA ()	OTRO:	

XIV. RESTAURACIÓN POST-ENDODÓNTICA INDICADA

POSTE ()	AMALGAMA/RESINA ()	CORONA ()	OTRO:
-----------	---------------------	------------	-------

XV. PRONÓSTICO

FAVORABLE ()	DESFAVORABLE ()	RESERVADO ()
---------------	------------------	---------------

XVI. CONTROL DE PROCEDIMIENTOS ENDODÓNTICOS

FECHA	RECIBO	DIENTE	PROCEDIMIENTO REALIZADO	ALUMNO	DOCENTE

XVII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la que suscribe _____ otorgo mi consentimiento y autorizo para recibir atención dental en la CLÍNICA DE ENSEÑANZA EN ENDODONCIA DE LA UABC, CISALUD, UNIDAD VALLE DE LAS PALMAS.

A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido las ventajas de el/los tratamiento(s) que se realizará(n) con el propósito de preservar o recobrar mi salud y tengo pleno conocimiento de los riesgos, estando presentes o que se pueden presentar antes, durante y después del tratamiento y pueden ser, aunque no se limitan, los siguientes: lesiones leves o graves, ligera molestia, sensibilidad, dolor, inflamación, tumefacción, trismus, infección, alergia, parestesia, pérdida de hueso alveolar, anquilosis, ruptura de instrumentos, perforación radicular, fractura coronal y/o radicular, fracaso del tratamiento, pérdida del diente tratado, arritmia, lipotimia, desmayo, infarto, paro cardíaco, aborto y pérdida de la vida. . Enterado de todo esto como paciente doy mi autorización y aceptación del tratamiento y doy mi consentimiento para que el profesional actúe del modo que considere necesario durante los distintos procedimientos clínicos, por el exclusivo interés de mi salud. Asimismo, doy mi autorización para la administración de anestésicos, antibióticos, analgésicos y otras sustancias químicas necesarias para el tratamiento. Si durante o después de la intervención surgiera una situación anátomo-patológica distinta y más grave a la prevista, doy mi consentimiento para que se actúe del modo más conveniente, según la ciencia y conciencia, por el exclusivo interés de mi salud. En caso de que el tratamiento requiera dos o más citas, me comprometo a asistir a ellas en el tiempo indicado hasta que el tratamiento sea completado, de no hacerlo acepto las consecuencias que dicho acto pudiera originar, dando por enterado mi egreso voluntario. Comprendo que el tratamiento endodóntico es sólo un paso en la devolución de la función dental completa, que se debe colocar una restauración final adecuada entre 8 a 15 días después de haber finalizado la intervención endodóntica, y tengo conocimiento de que al no hacerlo las probabilidades de fractura, dolor y/o reinfección aumentan. Es posible que exista adicionalmente al proceso infeccioso o inflamatorio, un cuadro granulomatoso o quístico que requiera la aplicación de otras técnicas terapéuticas. Entiendo que si el tratamiento fracasa puede ser necesario un retratamiento, la intervención quirúrgica del extremo radicular (apicectomía), la eliminación de la raíz afectada (radicectomía) o la extracción del diente tratado. Estando de acuerdo con esto libero de cualquier responsabilidad administrativa, civil, penal al personal de salud por las acciones en el ejercicio de su profesión. Todas mis dudas han sido aclaradas y estoy completamente de acuerdo con lo consignado en este consentimiento.

FECHA: _____ / _____ / 20 _____

FIRMA _____