



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HISTORIA CLINICA INFANTIL

Alumno: _____ Matricula: _____ Semestre: _____	No. De Expediente _____ Fecha: _____
---	---

Nombre del paciente: _____ Apodo _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Fecha y Lugar de Nac.: _____
 Domicilio: _____ Tel.: _____
 Escuela: _____ Grado: _____
 Nom. del Padre: _____ Ocupación: _____
 Nom. de la Madre: _____ Ocupación: _____
 Nom. del Médico o Pediatra: _____ Teléfono: _____

HISTORIA MÉDICA

Motivo de la Consulta _____
 Antecedentes Odontológicos () Describa la experiencia: _____
 Fecha de la última visita al médico: _____ Motivo: _____
 ¿Ha estado hospitalizado o se le ha intervenido quirúrgicamente? () Fecha: _____
 Razón: _____

Coloque SI o NO en el paréntesis correspondiente:

Ha tenido algún accidente importante () ¿Ha tenido problemas de coagulación y/o sangrado? ()
 ¿Ha presentado alguna reacción alérgica a algún medicamento? () ¿De qué tipo? _____

¿A presentado alguna reacción o se ha sentido enfermo al administrársele alguno de los siguientes medicamentos?
 Antibióticos () Xilocaína u otro anestésico () Analgésico () Algún otro medicamento ()
 Cuál? _____

Alguna otra reacción alérgica? () ¿A qué? _____
 Tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas?
 Cardiacos () Fiebre Reumática () Asma () Hepatitis () Tuberculosis () Diabetes ()
 Toma su hijo algún medicamento actualmente? () ¿Cuál y en que dosis? _____

¿Padece alguna discapacidad? () ¿Cuál? _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedentes heredo - familiares _____

 ¿Algún otro problema de salud importante? _____

EXAMEN DE LA CAVIDAD ORAL

Marque con una N para Normal o con una A para anormal en el paréntesis de la derecha

TEJIDOS BLANDOS

Labios () Mucosa () Frenillos Bucales () Encía () Piso Lingual ()

Frenillo Lingual () Lengua () Paladar () Amígdalas () Faringe ()

Describe Cualquier anomalía: _____

Edad dentaria: _____

PERIODONTO (Coloque SI o No en el paréntesis de la derecha)

Normal () Gingivitis () Marginal () Localizada () Generalizada () Periodontitis ()

ERUPCION

Estado de erupción: _____

Edad cronológica: _____

1. Secuencia anormal..... ()

2. Exfoliación prolongada..... ()

3. Perdida prematura..... ()

4. Erupción retardada..... ()

5. Planos terminales (Dent. 1ª.) Recto Mesial Distal

Izquierdo () () ()

Derecho () () ()

OCCLUSION

1. Línea media Desviada a: _____ Izquierda _____ Normal _____ Derecha

2. Espacios primates ()

a. Maxilar superior Der () Izq ()

b. Maxilar inferior Der () Izq ()

3. Mordida cruzada

a. Posterior Der () Izq ()

b. Anterior Der () Izq ()

4. Dentición mixta o permanente (ANGLE)

Molar Clase I Clase II Clase III

a. Izquierdo () () ()

b. Derecho () () ()

Canino

a. Izquierdo () () ()

b. Derecho () () ()

Le molestan los dientes cuando:

Come algo frio ()

Come algo caliente..... ()

Come algo dulce ()

Mastica ()

5. Planos terminales (Dent. 1ª.) Recto Mesial Distal

Izquierdo () () ()

Derecho () () ()

6. Sobremordida

Vertical () mm _____

Horizontal..... () mm _____

Mordida abierta..... () mm _____

Diastema..... () mm _____

Tiene su hijo antecedentes de:

Chuparse el dedo ()

Chuparse o morderse el labio..... ()

Respirar por la boca..... ()

Morderse las uñas ()

Rechinar los dientes..... ()

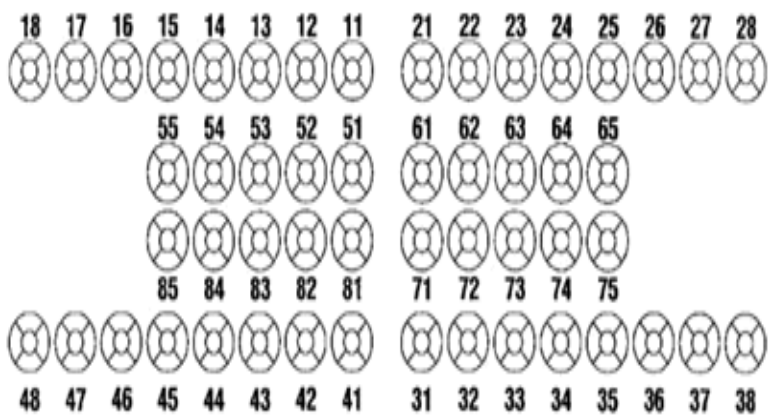
Otros hábitos..... ()

Su hijo toma biberón ()

FUNCION

Anomalías ()

Cuál?



Tratamiento Realizado	Firma	Fecha
Detección P.D.B		
Técnica de cepillado		
Profilaxis		
Topicacion		
Capacidad Buffer		

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO				
17				27
16				26
15	55		65	25
14	54		64	24
13	53		63	23
12	52		62	22
11	51		61	21
41	81		71	31
42	82		72	32
43	83		73	33
44	84		74	34
45	85		75	35
46				36
47				37

HOJA DE EVOLUCION

Fecha	Diente	Tratamiento realizado	Firma

EXENCION DE RESPONSABLES

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago constar que tengo el conocimiento de los tratamientos requeridos y los riesgos que conllevan dichos tratamientos. Autorizo a maestros y alumnos del Centros de Ciencias de la Salud a efectuar con toda libertad el tratamiento requerido al paciente de nombre:

_____.

Firma del responsable o tutor.