



**INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
UNIDAD PROFESIONAL INTERDISCIPLINARIA DE BIOTECNOLOGÍA
SERVICIO DENTAL**

Nombre: _____	Fecha: _____	
Dirección _____	Telefono _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Edad _____	Ocupación _____
Sexo _____	Recomendado por _____	
Carrera _____	Número de Boleta _____	Semestre _____

Marque con una cruz cada pregunta si o no, en caso de duda no responda.

	SI	NO		SI	NO
Hepatitis ictericia o problemas de hígado			Desmayos, convulsiones, epilepsia, ataques		
Ataque Cardíaco			Radiación o tratamiento de cáncer		
Embolia o derrame Cerebral			Tuberculosis o haber vivido con una persona con tuberculosis.		
Presión Alta (Hipertensión)			Tos persistente o Tos con sangre		
Soplos Cardíacos o sonidos anormales del corazón			Asma o dificultad para respirar		
Palpitaciones o problemas del corazón.			Enfermedades Venéreas.		
Fiebre Reumática			Bocio o problemas Tiroideos.		
Transfusiones de Sangre			Enfermedad del riñón o problemas para orinar.		
Anemia			Úlcera péptica (estomago/intestinal)		
Sangrado excesivo, hemofilia, sangrado nasal			Diabetes (azúcar en la sangre)		
Dolores fuertes de pecho o de brazo			Está usted en este momento. En Buenas condiciones de Salud?		

POR FAVOR CONTESTE.

¿Cuándo fue la última ocasión que visitó a su médico? Fecha aproximada _____ motivos _____
¿Ha sido hospitalizado? SI _____ No _____
En cuantas ocasiones _____ Motivo(s) Causa (s) _____
He estado tomando medicinas (pastillas, inyecciones u otros) de cualquier tipo en los últimos 6 meses, incluyendo vitaminas, anticonceptivos, aspirinas, pastillas antialérgicas, etc. SI _____ NO _____ En caso de ser afirmativo anótelo si lo recuerda _____
¿Es Ud. Alérgico a medicamentos como penicilina, Anestesia Dental o Aspirina? SI _____ NO _____
¿Presenta Ud. Alergia, intolerancia o sensibilidad a algún compuesto, medicina o alimento? SI _____ NO _____ En caso de ser positivo mencione el nombre _____
Mencione en orden cronológico las enfermedades que haya padecido durante la niñez y cualquier padecimiento a la fecha _____
Sólo para mujeres. Fecha de último periodo de menstruación. _____
Está Ud. Embarazada SI _____ NO _____ Meses de Embarazo _____

EXAMEN INTRAORAL.

LABIOS

FORMA:
Delgados _____
Gruesos _____
COLOR
Rosa pálido _____
Rosa Coral _____
Otro _____
CONSISTENCIA: _____
Observaciones _____

FRENILLOS

FORMA:
Con alteraciones _____
Sin alteraciones _____
COLOR
Rosa pálido _____
Rosa Coral _____
Otro _____
CONSISTENCIA _____
Observaciones _____

VESTIBULO

FORMA.
Con Alteraciones _____
Sin Alteraciones _____
PROFUNDIDAD
Normal _____
Aumentada _____
Disminuida _____
CONSISTENCIA
Carnosa _____
Firme _____
TEXTURA
Lisa _____
Rugosa _____
MOVILIDAD
Con alteraciones _____
Sin alteraciones _____
OBSERVACIONES _____

PALADAR

FORMA
Redonda _____
Oval _____
Otra _____
PROFUNDIDAD
Normal _____
Aumentada _____
Disminuida _____
CONSISTENCIA
Carnosa _____
Firme _____
TEXTURA
Lisa _____
Rugosa _____
MOVILIDAD
Con Alteraciones _____
Sin Alteraciones _____
OBSERVACIONES _____

PISO DE BOCA

COLOR:
Rosa Pálido _____
Rosa Coral _____
Otra _____
FORMA
Oval _____
Redonda _____
Otra _____
DEFORMIDADES _____
Aumento De Volumen _____
Observaciones _____

LENGUA

COLOR:
Rosa Pálido _____
Rosa Coral _____
Otra _____
FORMA
Oval _____
Redonda _____
Otra _____
DEFORMIDADES _____
Aumento De Volumen _____
Observaciones _____

CARRILLOS

FORMA:
Con Alteraciones _____
Sin Alteraciones _____
COLOR
Rosa Pálido _____
Rosa Coral _____

CONSISTENCIA
Firme _____
Carnosa _____
Observaciones _____

ODONTOLOGÍA

Nº DE EXPEDIENTE _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

PADECIMIENTO

ACTUAL: _____

Presión arterial _____ **Oxigenación** _____ **Temperatura** _____ **Pulso** _____

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Diabéticos, tuberculosis _____

Neoplásicos, cardiovasculares, _____

Luéticos. _____

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS.

Lugar de Origen, _____

Residencia, vivienda, _____

Higiene General y Oral, _____

Alcoholismo, Tabaquismo _____

E inmunizaciones _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

I. Antecedentes _____

Sistémicos. _____

Cardiovasculares, _____

Respiratorios, digestivos, _____

Endócrinos, alérgicos, _____

Sanguíneos, quirúrgicos, _____

Traumáticos, ginecológicos, _____

Nervioso de origen mental _____

II. Antecedentes _____

Infeciosos. _____

Fiebre: Eruptivas, _____

Reumáticas, sífilis, _____

Tuberculosis, micóticas, _____

Virales, parasitosis, _____

Intestinales, otras. _____

III. Antecedentes _____

Hemorrágicos. _____

Hemorrágicas posoperatorias _____

Prolongadas, hemofilia, _____

Epistaxis, hematemesis, _____

Purpura, otros. _____

EXAMEN FISICO DE CABEZA Y CUELLO.

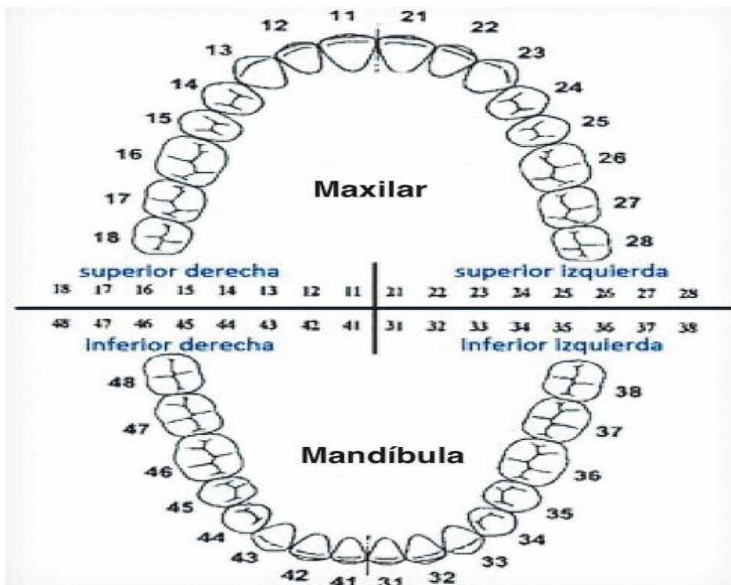
I. EXAMEN EXTRAORAL.

a) Observación General. _____

b) Ganglios y Otros. _____

c) Chasquidos y Crepitaciones _____

d) Músculo (dolor). _____



DIAGNOSTICO DE PRESUNCION.

PLAN DE TRATAMIENTO.

NOMBRE Y FIRMA PACIENTE

FIRMA MEDICO TRATANTE

