

Historia Clínica Odontológica

Consultorio: _____ · Odontólogo(a): _____

N.º de historia: _____
Fecha: ____ / ____ / ____
COV: _____ · MPPS: _____

1. DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos: _____
Cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
Sexo: _____ Ocupación: _____ Teléfono / WhatsApp: _____
Correo: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____
Representante (menores): _____ C.I. representante: _____ Teléfono: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA

En palabras del paciente. _____

3. ANTECEDENTES MÉDICOS (ANAMNESIS)

Hipertensión arterial	Sí ☐ No ☐	Diabetes	Sí ☐ No ☐
Cardiopatías	Sí ☐ No ☐	Trastornos de coagulación	Sí ☐ No ☐
Asma / enfermedades respiratorias	Sí ☐ No ☐	Hepatitis	Sí ☐ No ☐
VIH	Sí ☐ No ☐	Epilepsia / convulsiones	Sí ☐ No ☐
Enfermedad renal	Sí ☐ No ☐	Enfermedad tiroidea	Sí ☐ No ☐
Embarazo (semanas: ____)	Sí ☐ No ☐	Cáncer / radioterapia en cabeza y cuello	Sí ☐ No ☐
Alergia a anestesia local	Sí ☐ No ☐	Alergia a penicilina u otros antibióticos	Sí ☐ No ☐
Alergia al látex	Sí ☐ No ☐	Toma anticoagulantes	Sí ☐ No ☐
Toma bifosfonatos	Sí ☐ No ☐	Cirugías u hospitalizaciones previas	Sí ☐ No ☐
Fuma	Sí ☐ No ☐	Consume alcohol	Sí ☐ No ☐

Medicamentos actuales: _____
Otras alergias o enfermedades: _____
Médico tratante: _____ Teléfono: _____

4. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Sangrado de encías	Sí ☐ No ☐	Sensibilidad dental	Sí ☐ No ☐
Dolor o ruidos en la ATM	Sí ☐ No ☐	Bruxismo (aprieta o rechina)	Sí ☐ No ☐
Tratamiento de ortodoncia previo	Sí ☐ No ☐	Endodoncias previas	Sí ☐ No ☐
Extracciones previas	Sí ☐ No ☐	Complicaciones con anestesia dental	Sí ☐ No ☐
Usa prótesis	Sí ☐ No ☐	Ansiedad en la consulta dental	Sí ☐ No ☐

Última visita al odontólogo: _____ Cepillado (veces al día): _____
Usa hilo dental / enjuague: _____ Otros hábitos: _____

5. EXAMEN EXTRAORAL

Cara y cuello: _____ Ganglios: _____
ATM: _____ Músculos masticatorios: _____

6. EXAMEN INTRAORAL

Labios: _____ Carrillos: _____ Lengua: _____
 Paladar: _____ Piso de boca: _____ Encías: _____
 Oclusión: _____ Higiene oral: _____ Periodonto: _____

7. ODONTOGRAMA

The diagram shows a 16x8 grid of squares, divided into two main sections by a vertical dashed line. The left section is labeled 'DERECHA' and the right section is labeled 'IZQUIERDA'.

DERECHA (Left Section):

- Row 1: 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11
- Row 2: 55, 54, 53, 52, 51
- Row 3: 85, 84, 83, 82, 81
- Row 4: 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41

IZQUIERDA (Right Section):

- Row 1: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28
- Row 2: 61, 62, 63, 64, 65
- Row 3: 71, 72, 73, 74, 75
- Row 4: 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38

- Rojo: patología o tratamiento por realizar (caries, fractura) ■ Azul: tratamiento existente o realizado (restauración)
x Pieza ausente o extracción indicada (roja: indicada · azul: ya extraída) ○ Corona (se dibuja rodeando la pieza)
| Endodoncia (línea vertical sobre la pieza) = Prótesis fija o puente (une las piezas pilares)
Caras de cada pieza: centro = oclusal/incisal · arriba y abajo = vestibular y palatino/lingual (según arcada) · lados = mesial y distal (mesial hacia la línea media). Ajusta la simbología a la convención de tu universidad o consultorio.

8. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografías: Otros estudios:

9. DIAGNÓSTICO

10. PLAN DE TRATAMIENTO

11. EVOLUCIÓN CLÍNICA

Fecha	Pieza	Procedimiento, materiales e indicaciones	Firma

Firma del paciente o representante · C.I.

Firma y sello del odontólogo(a)