**Aprobado por Resolución Decanato Nro. 97/2022 de fecha 20 de julio de 2022**

**FICHA DE ADMISIÓN DE PACIENTES**

Fecha:…...…/………/……...
Nombre y Apellido:………………………………………………. C.I N°:………………………
Fecha de Nacimiento: ..…/.…/...... Edad: …….. Sexo: ……… Est.Civil: ..…………
Profesión: …………………….…………. Teléfono:……………………………….
Domicilio particular: ………………………………………………………………………..

**HISTORIA MÉDICA**

**Todas las informaciones de esta ficha son confidenciales y de uso exclusivo del profesional.**

* ¿Está siendo sometido a algún tratamiento médico actualmente?
NO ( ) SI ( ) - ¿Hace cuánto tiempo? ………………………..
* ¿Fue afectado o es portador de algunas de las siguientes enfermedades?

( ) Tuberculosis ( ) Enf. De Chagas ( ) Úlceras ( ) Disturbios Psíquicos
( ) Lepra ( ) Fiebre Reumática ( ) Enf.Cardiacas ( ) Convulsiones
( ) Enf. Sexuales ( ) Asma ( ) Epilepsias ( ) Desmayos
( ) Hepatitis ( ) Sinusitis ( ) Hipert. Arterial ( ) Probl. De Coagulación
( ) Malaria ( ) Alergia ( ) Anemia ( ) Diabetes
( ) S.I.D.A ( ) Lesión de Hígado ( ) Hemofilia ( ) Influenza
( ) COVID ( ) Dengue ( ) Chikungunya ( ) Otros

Observaciones:…………………………….………………………………………………………

* ¿Necesitó o necesita periódicamente de transfusión sanguínea?
NO ( ) SI ( ) - ¿Motivo? ………………………………………………….
* ¿Fue sometido a alguna cirugía?
NO ( ) SI ( ) - ¿Cuál fue? ………………………………………………….
* ¿Sangra por mucho tiempo después de una extracción o corte?
NO ( ) SI ( )
* ¿Fuma? NO ( ) SI ( )
* ¿Consume bebida alcohólica?

NO ( ) SI ( ) Frecuentemente: …… Socialmente: ……

* ¿Declara estar embaraza?

NO ( ) No sabe ( ) SI ( ) - ¿Semanas de Gestación? ………………

* ¿Tolera la anestesia de uso odontológico? NO ( ) SI ( )
* ¿Se hizo alguna vez el TEST de ELISA? NO ( ) SI ( ) ¿Hace cuánto?..........

**ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS**

* Fecha de última consulta:
6 meses ( ) 1 año ( ) 2 años ( ) Más ( )
* La pérdida de su/s diente/s fue por:
 Caries ( ) Accidente ( ) Movilidad ( )
* ¿Cuántas veces al día se cepilla?
 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )
* ¿Qué elementos usa para su higiene dental?
 Cepillo ( ) Hilo ( ) Enjuague ( ) Crema dental ( ) Otros ( )

**DECLARO QUE TODAS ESTAS INFORMACIONES SON VERDADERAS.**

FIRMA DEL PACIENTE: ……………………………

ACLARACIÓN:………...……………….

 **Aprobado por Resolución Decanato Nro. 97/2022 de fecha 20 de julio de 2022**

**FICHA CLINICA ODONTOLÓGICA**

**PACIENTE:** …………………………………………………… **EDAD:** ………………. **SEXO:** ………………….

**ESTUDIANTE:**……………………………………..………….. **AÑO:**……………….. **SEMESTRE:**……………..

**ODONTOGRAMA**

**ROJO:**

Caries **/ :** Extracción Indicada

**//:** Resto Radicular

G: Gingivitis

**AZUL:**

Diente Restaurado

**A:** Diente perdido

**T.C:** Tratamiento de Endodoncia

**NEGRO:** **P.F:** Prótesis Fija

**I:** Implante
**P.R:** Prótesis Removible

**Diagnóstico:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Plan de tratamiento:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**FIRMA DEL ESTUDIANTE:**

 **Aprobado por Resolución Decanato Nro. 97/2022 de fecha 20 de julio de 2022**

**FICHA DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **Elemento dentario o zona** | **TRATAMIENTO REALIZADO** | **FIRMA DEL SUPERVISOR** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |