|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **MUNICIPIO**  | **VEREDA** | **N° H.CL.** |
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL** | AÑO | MES | DÍA | HORA |

**1. IDENTIFICACIÓN**

**DATOS DEL PACIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1er APELLIDO | 2do. APELLIDO | NOMBRES |
|  |  |  |
| TIPO Y N° DE IDENTIFICACIÓN | FECHA DE NACIMIENTO | EDAD | ESTADO CIVIL |
|  |  | AÑO | MES | DÍA |  |  |
| DIRECCIÓN (Residencia- Municipio) | BARRIO – CIUDAD ( Vereda) | TELÉFONO / CELULAR |
|  |  |  |
| OCUPACIÓN ( profesión u oficio) | ENTIDAD DONDE LABORA | DIRECCIÓN /TELÉFONO |
|  |  |  |

**TIPO DE AFILIACION EPS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CONTRIBUTIVO  | SUBSIDIADO | OTRO |

**DATOS DEL RESPONSABLE DEL PACIENTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1er APELLIDO | 2do. APELLIDO | NOMBRES |
|  |  |  |
| PARENTESCO | DIRECCIÓN CIUDAD-BARRIO | TELÉFONO / CELULAR |
|  |  |  |

**2. MOTIVO DE LA CONSULTA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3. ENFERMEDAD ACTUAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**4. ANTECEDENTES MEDICOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. HALLAZGOS ODONTOLOGICOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HIGIENE ORAL**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Higiene Oral | Buena |  | Regular |  | Mala |  |
| Frecuencia diaria de Cepillado | Una Vez |  | Dos Veces |  | Tres Veces |  |
| Uso Diario de Seda Dental | Una Vez |  | A Veces |  | Nunca |  |

**INDICE DE PLACA BACTERIANA:**

Índice de Placa O¨leary \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° de Superficies Teñidas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X 100 = \_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

N° Superficies. Dentales presentes (4 por diente)

**ÍNDICE COP = CARIADOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OBTURADOS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PERDIDOS:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ =**

**6. PLAN DE TRATAMIENTO DE PROMOCION y MANTENIMIENTO (Según la Resolución 3280 de 2018)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD DE PROMOCION y MANTENIMIENTO** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| **VALORACION INTEGRAL**  |  |  |  |
| **CONTROL DE PLACA** |  |  |  |
| **FLUOR** |  |  |  |
| **SELLANTES** |  |  |  |
| **DETARTRAJE** |  |  |  |

**PLAN DE TRATAMIENTO ODONTOLOGICO**

|  |  |
| --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **QUE ACTIVIDADES SE REALIZARAN** |
| **OPERATORIA (RESINAS)** |  |
| **EXODONCIA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **7. ODONTOGRAMA INICIAL****S**SUPERFICIE OBTURADA CARIES O RECIDIVA EXTRACCION INDICADA DIENTE EXTRAIDO SIN ERUPCIONAR EROSION ABRASION CONENDODONCIAHACER ENDODONCIAPROTESISCORONA TIENESELLANTEHACER SELLANTE 1817 16151413121155545352514847 46454443424185848382Y8121 22 232425262728 616263646531 32 3334353637387172737475IDVESTIBULARVESTIBULARLINGUAL |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. DIAGNOSTICO** | 1. | **9. PRONOSTICO** | 1. BUENO
 |
| 2. | 1. REGULAR
 |
| 3. | 1. MALO
 |

 |

**10. DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO EJECUTADO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORA LLEGADA** | **HORA****SALIDA** | **DIENTE** | **SUPERFICIE** | **DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO** | **NOMBRE ODONTÓLOGO** | **FIRMA PACIENTE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |