

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Datos generales del paciente

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO
DOMICILIO	TELÉFONO / WHATSAPP	CORREO ELECTRÓNICO	
OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	ASEGURADORA / PÓLIZA (SI APLICA)	
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR (MENORES DE EDAD)	TELÉFONO DEL TUTOR	FECHA DE APERTURA	

2. ANTECEDENTES

Marca lo que aplique y describe

Heredofamiliares
☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Cardiopatías ☐ Cáncer ☐ Enfermedad periodontal ☐ Otros:

Personales patológicos
☐ Diabetes ☐ Hipertensión ☐ Cardiopatía ☐ Trastornos de coagulación ☐ Hepatitis ☐ VIH ☐ Epilepsia ☐ Cirugías previas ☐ Hospitalizaciones

Personales no patológicos
☐ Tabaquismo ☐ Alcohol ☐ Bruxismo ☐ Hábito de succión / onicofagia ☐ Embarazo o lactancia Frecuencia de cepillado: Última visita dental:

Alergias (medicamentos, anestésicos, látex, alimentos)

Medicación actual (nombre, dosis, motivo)

Padecimiento actual / motivo de consulta

Cortesía de Lealify Dental · lealify.com/dental

Formato de expediente clínico dental · página 1 de 3

Marca en cada cuadro el hallazgo o el tratamiento planeado (C = caries, O = obturación, A = ausente, Co = corona, E = endodoncia, Im = implante, X = extracción indicada).

☐ Sano **C** Caries **O** Obturación **A** Ausente **Co** Corona **E** Endodoncia **Im** Implante **X** Extracción indicada

Estado sugerido: pendiente · en proceso · realizado. Actualiza la fecha en las notas de evolución cada vez que avance un tratamiento.

5. NOTAS DE EVOLUCIÓN Fecha, hora, nota, nombre completo y firma de quien la elabora

FECHA Y HORA	NOTA DE EVOLUCIÓN (PROCEDIMIENTO REALIZADO, HALLAZGOS, INDICACIONES, PRÓXIMA CITA)	NOMBRE Y FIRMA

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO Texto genérico de referencia · adáptalo al procedimiento

Yo, _____, de _____ años de edad (o en representación de _____, como padre, madre o tutor), declaro que el/la Dr(a). _____ me explicó con claridad y en lenguaje comprensible el diagnóstico de mi padecimiento bucal, el tratamiento propuesto: _____, sus beneficios, sus riesgos y molestias más frecuentes (dolor, inflamación, sangrado, sensibilidad, infección, reacción a la anestesia o a los materiales), así como las alternativas disponibles y las consecuencias de no realizarlo.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas y fueron contestadas a mi satisfacción. Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que no se me garantiza un resultado específico. Autorizo que se realice el tratamiento descrito y los procedimientos complementarios que resulten necesarios durante el mismo, y sé que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de que se realice el procedimiento. Declaro que la información que proporcioné sobre mi estado de salud es verdadera y completa.

Lugar y fecha: _____

Nombre y firma del paciente o tutor

Nombre, cédula y firma del/la doctor(a)

Nombre y firma de testigo

Este formato es una guía de referencia para organizar la información que la NOM-004-SSA3-2012 pide documentar. No sustituye la lectura de la norma ni la asesoría legal; el cumplimiento del expediente es responsabilidad del profesional de la salud. Conserva el expediente por lo menos 5 años a partir del último acto médico.