

MENDOZA, **09 MAR 2015**

VISTO:

El EXP-FOD-820/2015, en el que se eleva a consideración del Consejo Directivo, la propuesta de una nueva Historia Clínica, para uso en las prestaciones Odontológicas que se realizan en esta Facultad, y

CONSIDERANDO:

Que la Comisión de Asuntos Académicos luego de analizar dicha propuesta que obra a fs. 6/8, sugiere se aprobación a fs. 5 de las presentes actuaciones;

Por ello, teniendo en cuenta lo tratado en sus sesión extraordinaria de fechas 19 de diciembre y en uso de sus atribuciones,

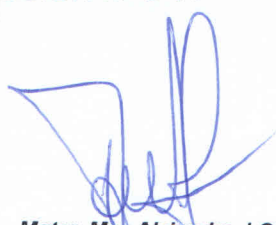
EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RESUELVE:

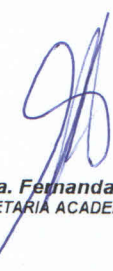
ARTICULO 1º.- Aprobar la nueva Historia Clínica para uso en las prestaciones Odontológicas que se realizan en esta Facultad, que obra en Anexo I y forma parte integrante de la presente Resolución.

ARTICULO 2º.- Comuníquese e insértese en el libro de Resoluciones del Consejo Directivo de esta Facultad.-

RESOLUCION Nº **017**

F.O.
db


Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
DIRECTORA GENERAL DE ADMINISTRACION


Prof. Esp. Ma. Fernanda NAVARRO
SECRETARIA ACADEMICA


Prof. Dra. Ma. del C. Patricia DI NASSO
DECANA



HC N°:
Fecha de Ingreso: / /

Estudiante:

Reg.....

A) DATOS PERSONALES DEL PACIENTE		Apellido y Nombres:	
Domicilio actual:		DNI: Obra Social: N° de afiliado:	
Edad:	Sexo: F M	Fecha de nacimiento	Teléfono fijo: Celular:
Lugar de nacimiento			
Nacionalidad:	Otro teléfono de contacto (filar):		
		Procedencia:	
Datos Padre: Edad:..... Nacionalidad:		Estado civil: soltero/a ☐ unión estable ☐ separado/a ☐ viudo/a ☐	
Trabajo:		Correo electrónico:	
Datos Madre: Edad:..... Nacionalidad:		Derivado por	
Trabajo:			

B) MOTIVO DE LA CONSULTA

C) ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ODONTOLÓGICA ACTUAL

Registro PSR / CPITN

PSD	AS	PSI
PID	AI	PII

Código 0 : no PB – encía sana – no sangra – no cálculo – banda coloreada visible
Código 1 : sangrado + - no cálculo – no restauraciones defectuosas – banda visible
Código 2 : sangrado – cálculo supra. – restauraciones defectuosas – banda visible
Código 3 : ítem a 2 más banda coloreada parcialmente e incluida
Código 4 : no se observa banda coloreada

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

18	17	16	15	14	13	12	11
Der							
48	47	46	45	44	43	42	41

55	54	53	52	51	51
Der					
85	84	83	82	81	81

21	22	23	24	25	26	27	28
Lingual							Izq
31	32	33	34	35	36	37	38

61	62	63	64	65
Lingual				Izq
71	72	73	74	75

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
Directora General de Administración

Prof. Dra. Ma. del Carmen Patricia DI NASSO
Decana

D) ANTECEDENTES PERSONALES CLÍNICOS Y HEREDO FAMILIARES

17 2015
AÑO DEL BICENTENARIO DEL
CONGRESO DE LOS PUEBLOS LIBRES

	Sí	No	N/S	OBSERVAC.		Sí	No	N/S	OBSERVAC.
1 Generales	☐	☐	☐		8 Cardiovasculares	☐	☐	☐	
1.1 Cansancio fácil	☐	☐	☐		8.1 Hipertensión arterial	☐	☐	☐	
1.2 Astenia - desgano	☐	☐	☐		8.2 Cardiopatía isquémica	☐	☐	☐	
1.3 Anorexia o hiporexia	☐	☐	☐		8.3 Arritmias	☐	☐	☐	
1.4 Fiebre	☐	☐	☐		8.4 Endocarditis	☐	☐	☐	
1.5 Disnea	☐	☐	☐		8.5 Fiebre reumática	☐	☐	☐	
1.6 Edemas	☐	☐	☐		9 Gastrointestinales				
1.7 Cefaleas	☐	☐	☐		9.1 Gastritis	☐	☐	☐	
1.8 Mareos	☐	☐	☐		9.2 Diarreas frecuentes	☐	☐	☐	
1.9 ¿Fuma? - Si es sí ¿Cuánto?	☐	☐	☐		9.3 Úlcera gástricas/duodenal	☐	☐	☐	
1.10 Transfusiones	☐	☐	☐		9.4 Constipación	☐	☐	☐	
2 Alérgicos ¿Es alérgico?	☐	☐	☐		10 Endocrino metabólicos				
2.1 Piel	☐	☐	☐		10.1 Diabetes tipo 1	☐	☐	☐	
2.2 Rinitis	☐	☐	☐		10.2 Diabetes tipo 2	☐	☐	☐	
2.3 Asma	☐	☐	☐		10.3 Hipotiroidismo	☐	☐	☐	
2.4 Medicamentoso ¿a cuál?	☐	☐	☐		10.4 Hipertiroidismo	☐	☐	☐	
ANESTESIA ¿Cuál?	☐	☐	☐		10.5 Osteoporosis	☐	☐	☐	
					10.6 Aumento colesterol - Triglicéridos	☐	☐	☐	
3 Infecciosos	☐	☐	☐		Antitétánica	☐	☐	☐	
3.1 Herpes bucal o genital ¿Cuál?	☐	☐	☐		11 Vías urinarias				
3.2 Hepatitis A, B, C, D	☐	☐	☐		11.1 Problemas renales/ Diálisis	☐	☐	☐	
3.3 Chagas	☐	☐	☐		11.2 Problemas prostáticos	☐	☐	☐	
3.4 Brucelosis	☐	☐	☐		11.3 Infección urinaria repetida	☐	☐	☐	
3.5 Enferm. de transmisión sexual	☐	☐	☐		12 Gineco - obstétricos				
4 Hematológicos	☐	☐	☐		12.1 ¿Está embarazada?	☐	☐	☐	
4.1 Hemorragias	☐	☐	☐		12.2 ¿Está amamantando?	☐	☐	☐	
4.2 Equimosis o púrpuras	☐	☐	☐		12.3 ¿Tuvo partos? - ¿Cuántos?	☐	☐	☐	
4.3 Hemofilia	☐	☐	☐		12.4 ¿Tuvo pérdidas?	☐	☐	☐	
4.4 Toma anticoagulantes	☐	☐	☐		12.5 Trastornos menstruales	☐	☐	☐	
4.5 Toma aspirina	☐	☐	☐		13 Neurológicos				
5 Inmunológicos	☐	☐	☐		13.1 Epilepsia o convulsiones	☐	☐	☐	
5.1 Artritis - Poliartritis	☐	☐	☐		13.2 Desmayos	☐	☐	☐	
5.2 Sjögren	☐	☐	☐		13.3 Alucinaciones	☐	☐	☐	
6 Respiratorios	☐	☐	☐		13.4 Pérdida de fuerza	☐	☐	☐	
6.1 Anginas a repetición	☐	☐	☐		13.5 Dolor persistente	☐	☐	☐	
6.2 Bronquitis repetida	☐	☐	☐		14 Dermatológicos	☐	☐	☐	
6.3 Neumonías	☐	☐	☐		14.1 Lesiones primarias	☐	☐	☐	
7 Antecedentes familiares					14.2 Lesiones secundarias	☐	☐	☐	
7.1 Padre/s fueron o son diabéticos	☐	☐	☐		15 Cirugías ¿De qué? y año:				
7.2 Padre/s tuvo alguno cáncer	☐	☐	☐						
7.3 Padre/s hipertensos	☐	☐	☐						
7.4 Padre/s alérgicos	☐	☐	☐						
Grupo sanguíneo					16 ¿Toma algún medicamento? ¿Cuál?				

DECLARO que la información manifestada es correcta y verdadera

Fecha/...../.....

Firma

Aclaración

Tipo y n° de documento

Parentesco

AUTORIZO la documentación fotográfica del tratamiento odontológico con fines pedagógicos y/o científicos a los Profesionales de la Cátedra CAOD/COBE Fecha

Firma

Aclaración

DNI

Parentesco

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
Directora General de Administración

Prof. Dra. Ma. del Carmen Patricia DI NASSO
Decana

HC N°: _____
Fecha de Ingreso: ____/____/____

Estudiante:

Reg.....

REGISTRO de LABOR DIARIA

DATOS del PACIENTE

Fecha de Ingreso: / /

Apellido:..... Nombres:.....

Domicilio: **Tel:**

[illegible]

Mgter. Ma. Alejandra LOPEZ
Directora General de Administración

Prof. Dra. Ma. del Carmen Patricia DI NASSO
Decana