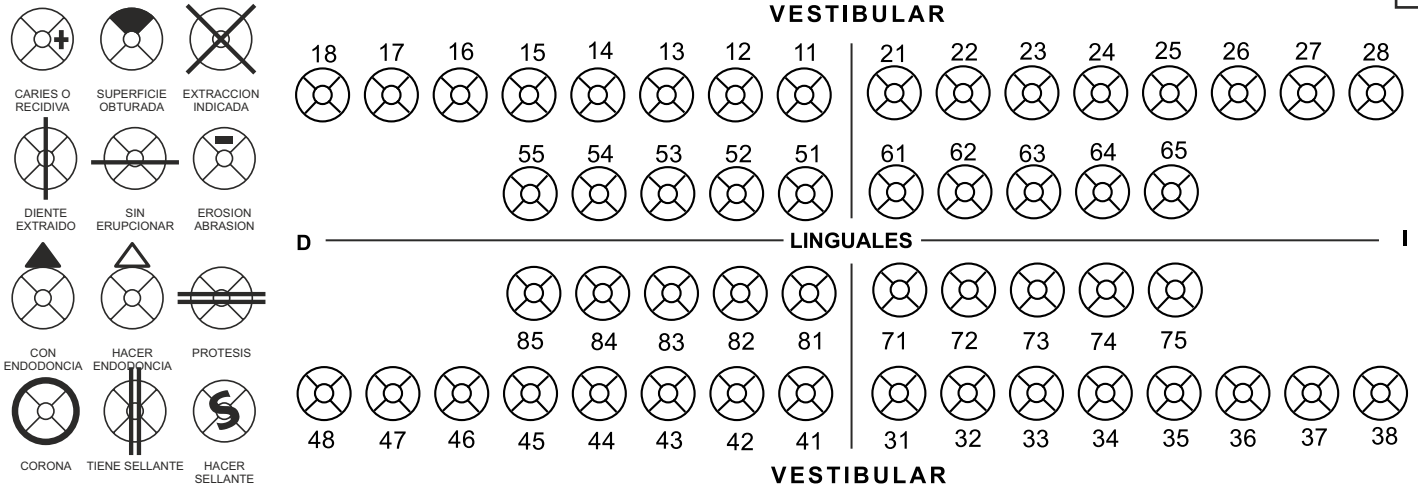


<b>HISTORIA CLINICA No.</b>												4																					
ASEGURADORA _____						CODIGO _____																											
1ER.APELLIDO _____				2DO.APELLIDO _____				NOMBRES _____																									
N° IDENTIFICACIÓN _____						TIPO	CC	CE	PA	RC	TI	AS	MS	UN																			
TIPO USUARIO		C	S	V	P	O	EDAD _____		1	2	3	SEXO		M	F																		
DEPARTAMENTO _____		MUNICIPIO _____						A	M	D			M	F																			
DIRECCIÓN _____		VEREDA _____						ZONA		U	R																						
FECHA CONSULTA		D	D	M	M	A	A	A	A	HORA		H	H	M	M																		
PRIMERA VEZ		SI	NO			REPETIDA		SI	NO																								
ANTECEDENTES		FRECUCENCIA CEPILLADO AL DIA _____						USO DE SEDA DENTAL _____		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO														
EXAMEN FISICO		TA _____		FC _____		FR _____		TEMPERATURA _____		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO														
		INDICE COP/ceo _____						INDICE DE PLACA DE O'LEARY _____		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO														
		SUPERFICIE DE ESMALTE IRREGULAR _____						MORFOLOGIA DENTARIA RETENTIVA _____		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO														
		XEROSTOMIA _____						MOLARES PERMANENTES RECIENTE ERUPCIONADOS CON SURCO Y FISURAS ANGOSTOS Y PROFUNDOS _____		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO														
		MOLARES CON SURCOS PROFUNDOS NO REMINERALIZADOS _____						DEPOSITOS DE PLACA BACTERIANA _____		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO														
		CALCULOS SUPRAGINGIVALES _____								SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO														
EXAMEN ESTOMATOLOGICO		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
ART. TEMPORO MANDIBULAR		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
LABIOS		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
LENGUA		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
PALADAR		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
PISO DE BOCA		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
MEJILLAS		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
GLANDULAS SALIVARES		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
MAXILARES		N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A														
OBSERVACIONES																																	
EXAMEN DENTAL		SUPERNUMERARIOS		SI	NO	ABRACION		SI	NO	MANCHAS		SI	NO	PATOLOGIA PULGAR		SI	NO	PLACA BLANDA		SI	NO	PLACA CERTIFICADA		SI	NO	ATRICIÓN		SI	NO	OTROS		SI	NO
OBSERVACIONES																																	

HISTORIA CLINICA No.

4



ACTIVIDAD REALIZADA

1. CONTROL Y REMOCIÓN PLACA BACTERIANA  
 (2 a 19 años 2 veces/año, may 20 años 1 vez/año)

COD SOAT 

36901
-------

  
 COD CUPS 

99.7.3.00
-----------

REALIZA ACTIVIDAD ODONTOLOGO  HIGIENISTA ORAL

APLICACIÓN DE PASTILLA REVELADORA PROFILAXIS 

SI	NO
SI	NO
SI	NO
SI	NO

INDICACIÓN TÉCNICA DE CEPILLADO

INDICACIÓN TÉCNICA SEDA DENTAL

FECHA DE CONTROL 

D	D	M	M	A	A	A	A

CONTROL 

--

2. FLUORIZACIÓN  
 (5 a 19 años)

COD SOAT 

36904
-------

  
 COD CUPS GEL 

99.7.1.03
-----------

  
 COD CUPS SOLU 

99.7.1.04
-----------

REALIZA ACTIVIDAD ODONTOLOGO 

1
---

 HIGIENISTA ORAL 

2
---

FECHA DE CONTROL 

D	D	M	M	A	A	A	A

CONTROL 

--

3. SELLANTES EN FOSETAS Y FISURAS  
 (3 a 15 años)

COD SOAT 

36907
-------

  
 COD SOAT 

36908
-------

REALIZA ACTIVIDAD 

1
---

 ODONTOLOGO 

2
---

 HIGIENISTA ORAL

AUTOCURADO COD CUPS 

99.7.1.01
-----------

SI	NO
----	----

  
 FOTOCURADO CODCUPS 

99.7.1.02
-----------

SI	NO
----	----

Nº SELLANTES APLICADOS 

--

FECHA DE CONTROL 

D	D	M	M	A	A	A	A

CONTROL 

--



