



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI**

No. Revisión: 02

Fecha de elaboración:

27/01/2023

Página: 1 de 2

Código:

2-214-FOM

ÍNDICE DE FORMATOS

SUBDIRECCIÓN

VALE DE PRÉSTAMO

BITÁCORA DE PRÉSTAMO AUDIOVISUAL

SERVICIO AL EQUIPO AUDIOVISUAL

PROGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A EQUIPO DE CÓMPUTO

PAGO DE CURSO INTERSEMESTRAL

REGISTRO-PAGO DE CURSO INTERSEMESTRAL

SOLICITUD BAJA MATERIA

CÓDIGO

FOMSD-04

FOMSD-05

FOMSD-06

FOMSD-07

FOMSD-08

FOMSD-09

FOMSD-10

COORDINACIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL

INGRESO A LABORATORIOS DE CIENCIAS BÁSICAS

USO DE EQUIPO DE CIENCIAS BÁSICAS

FOMCFP-01

FOMCFP-02

COORDINACIÓN DE EXTENSIÓN Y VINCULACIÓN

INTERCAMBIO ACAD. Y EST. LIC. Y POSGRADO

FOMCEV-01

CLÍNICAS

LISTA DE ASIGNACIÓN

FICHA DE ADMISIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIO

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

HOJA DE EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

FICHA DE ADMISIÓN ESPECIALIDADES

FICHA CLÍNICA PARA URGENCIA

FICHA CLÍNICA PERIODONCIA

FICHA CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCAL

FICHA CLÍNICA DE PATOLOGÍA BUCAL

FICHA CLÍNICA DE ENDODONCIA

FICHA CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

FICHA CLÍNICA DE PROSTODONCIA FIJA

FICHA CLÍNICA DE PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE-PRÓTESIS TOTAL

FICHA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRÍA Y ORTODONCIA PREVENTIVA

FICHA CLÍNICA DE INTEGRAL

FICHA CLÍNICA DE ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA

FICHA CLÍNICA DE ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA

FICHA CLÍNICA DE ESPECIALIDAD EN PROSTODONCIA

CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO PARA LA COLOCACIÓN DE
IMPLANTES

FICHA DE INTERCONSULTA POSGRADO-LICENCIATURA

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTO CONTROL ACADÉMICO

INFORMATIVO FICHA DE CIRUGÍA BUCAL INDICACIONES PREOPERATORIAS

INFORMATIVO FICHA DE CIRUGÍA BUCAL INDICACIONES POSTERIORES A LA
CIRUGÍA

ANEXO FICHA ODONTOPEDIATRÍA Y ORTODONCIA PREVENTIVA PRESENTACIÓN
CASO CLÍNICO

VALE PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTE

VALE POR TRATAMIENTO

VALE PARA PRÉSTAMO DE INSTRUMENTAL

ANEXO CLÍNICA. SOLICITUD DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

BITÁCORA DE MATERIAL QUE SE ESTERILIZA

ANEXO FICHA DE PATOLOGÍA BUCAL RESUMEN DE CASO CLÍNICO

INFORMATIVO ORTODONCIA. ALIMENTOS Y HÁBITOS QUE DEBEN EVITARSE

INFORMATIVO ORTODONCIA. CÓMO CUIDAR SUS APARATOS DE ORTODONCIA

FOMCA-01

FOMCA-02

FOMCA-03

FOMCA-04

FOMCA-05

FOMCA-06

FOMCA-07

FOMCA-08

FOMCA-09

FOMCA-10

FOMCA-11

FOMCA-12

FOMCA-13

FOMCA-14

FOMCA-15

FOMCA-16

FOMCA-17

FOMCA-18

FOMCA-19

FOMCA-20

FOMCA-21

FOMCA-22

FOMCA-23

FOMCA-24

FOMCA-25

FOMCA-26

FOMCA-27

FOMCA-28

FOMCA-29


FOMCA-30

FOMCA-31

FOMCA-32

FOMCA-33

FOMCA-34

	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI	No. Revisión: 02 Fecha de elaboración: 27/01/2023 Página: 2 de 2
	ÍNDICE DE FORMATOS	Código: 2-214-FOM

INFORMATIVO ORTODONCIA. CARTA DE DISCONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO	FOMCA-35
INFORMATIVO ORTODONCIA. FORMATO DE TRANSFERENCIA	FOMCA-36
INFORMATIVO ORTODONCIA. INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LIGAS Y RETENEDORES	FOMCA-37
INFORMATIVO ORTODONCIA. INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL FRENO	FOMCA-38
INFORMATIVO ORTODONCIA. FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE APARATOLOGÍA	FOMCA-39
ANEXO EXPEDIENTE ORTODONCIA. FORMATO PARA AUTORIZACIÓN INICIAL DE PAGOS	FOMCA-40
ANEXO EXPEDIENTE ORTODONCIA. AUTORIZACIÓN CASO CLÍNICO	FOMCA-41
ANEXO EXPEDIENTE ORTODONCIA. REVISIÓN CASO CLÍNICO	FOMCA-42
ANEXO EXPEDIENTE ORTODONCIA. PAGARÉ	FOMCA-43
INFORMATIVO PERIODONCIA. INDICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	FOMCA-44
ORDEN PARA ESTUDIOS IMAGEN LÓGICOS	FOMCA-45
BITÁCORA DE PRÉSTAMO DE EQUIPO A COMODATO	FOMCA-46
BITÁCORA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN ESPECIAL DE PACIENTES DE POSGRADO	FOMCA-47
BITÁCORA DE ENTREGA DE MATERIALES DE FARMACIA	FOMCA-48
REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN CLÍNICA	FOMCA-49
VALE POR COMODATO TEMPORAL	FOMCA-50
	FOMCA-51

ADMINISTRACIÓN

VALE TEMPORAL DE SALIDA	FOMADM-01
CONSTANCIA DE ENTREGA DE INSTRUMENTAL Y EQUIPO	FOMADM-02
CONSTANCIA DE RECEPCIÓN	FOMADM-03
CONTROL DE VALES DE GASOLINA	FOMADM-04
ENTREGA DE MATERIAL CONSUMIBLE	FOMADM-05
REVISIÓN TÉCNICA	FOMADM-06
REPORTE DE SALIDAS OFICIALES	FOMADM-07
RECIBO UNIDAD MÓVIL	FOMADM-08
HISTORIA CLÍNICA	FOMADM-09
RECIBOS TEMPORAL INTERSEMESTRAL	FOMADM-10
REGLAMENTO USO DE CASILLEROS	FOMADM-11
SOLICITUD DE CORRECCIONES DE CAJA	FOMADM-12
USO DE CASILLEROS	FOMADM-13
VALE INSTRUMENTAL	FOMADM-14
RECIBO TEMPORAL	FOMADM-15
JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA	FOMADM-16
DEPÓSITOS EN BANCO	FOMADM-17
RESGUARDOS DE DINERO	FOMADM-18
RECIBOS A CAMBIO DE BANCO	FOMADM-19
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS	FOMADM-20

BIBLIOTECA

COMPROBANTE DE CANCELACIÓN	FOMBI-01
MATERIAL PARA REPARACIÓN	FOMBI-02
MATERIAL PARA DESCARTE	FOMBI-03
CONTROL DE PERIÓDICOS	FOMBI-04
BITÁCORA DE RECEPCIÓN DE MATERIAL	FOMBI-05
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS	FOMBI-06
CARDEX DE PUBLICACIONES PERIÓDICAS	FOMBI-07
REGISTRO DE PUBLICACIONES PERIÓDICAS	FOMBI-08
TARJETA CONTROL PRÉSTAMO	FOMBI-09
REGISTRO DE COMPRAS	FOMBI-10



Universidad Autónoma de Baja
California Facultad de
Odontología Mexicali
AUDIOVISUAL



VALE DE PRESTAMO

ALUMNO(A)/MAESTRO(A): _____

MATRICULA/NUM. DE EMP: _____ FECHA: ____/____/____

CARRERA: _____ SEMESTRE: _____ HORARIO: A _____

SALON: _____ CLASE: _____ GRUPO: _____

EQUIPO AUDIOVISUAL

CAÑON:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____	BOCINAS:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____
LAP TOP:	<input type="checkbox"/>	_____	APUNTADOR:	<input type="checkbox"/>	_____
CONTROL:	<input type="checkbox"/>	_____	VISUALIZER:	<input type="checkbox"/>	_____
PROYECTOR:	<input type="checkbox"/>	_____	CAMARA FOTO:	<input type="checkbox"/>	_____
CARRUSEL:	<input type="checkbox"/>	_____	VIDEO CAMARA:	<input type="checkbox"/>	_____
MICROFONO:	<input type="checkbox"/>	_____	DVD:	<input type="checkbox"/>	_____
			HOVERCAM	<input type="checkbox"/>	_____

OTROS: _____

NOTA: AL NO ENTREGAR EL EQUIPO EN LA HORA ACORDADA, SE HARA ACREEDOR DE UNA SANCION EQUIVALENTE A UN SEMESTRE SIN PRESTAMO, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO, EL ALUMNO(A)/MAESTRO(A) SE HARA RESPONSABLE DEL COSTO TOTAL DEL EQUIPO, O SUSTITUCION DEL MISMO POR UNO DE CARACTERISTICAS IDENTICAS. ATTE: ADMINISTRACION

ENCARGADO AUDIOVISUAL
C. ELIEL DE LA PAZ CHÁVEZ

FIRMA
ALUMNO(A)/MAESTRO(A)

FOMSD-04 Rev.0



Universidad Autónoma de Baja
California Facultad de
Odontología Mexicali
AUDIOVISUAL



VALE DE PRESTAMO

ALUMNO(A)/MAESTRO(A): _____

MATRICULA/NUM. DE EMP: _____ FECHA: ____/____/____

CARRERA: _____ SEMESTRE: _____ HORARIO: A _____

SALON: _____ CLASE: _____ GRUPO: _____

EQUIPO AUDIOVISUAL

CAÑON:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____	BOCINAS:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____
LAP TOP:	<input type="checkbox"/>	_____	APUNTADOR:	<input type="checkbox"/>	_____
CONTROL:	<input type="checkbox"/>	_____	VISUALIZER:	<input type="checkbox"/>	_____
PROYECTOR:	<input type="checkbox"/>	_____	CAMARA FOTO:	<input type="checkbox"/>	_____
CARRUSEL:	<input type="checkbox"/>	_____	VIDEO CAMARA:	<input type="checkbox"/>	_____
MICROFONO:	<input type="checkbox"/>	_____	DVD:	<input type="checkbox"/>	_____
			HOVERCAM	<input type="checkbox"/>	_____

OTROS: _____

NOTA: AL NO ENTREGAR EL EQUIPO EN LA HORA ACORDADA, SE HARA ACREEDOR DE UNA SANCION EQUIVALENTE A UN SEMESTRE SIN PRESTAMO, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO, EL ALUMNO(A)/MAESTRO(A) SE HARA RESPONSABLE DEL COSTO TOTAL DEL EQUIPO, O SUSTITUCION DEL MISMO POR UNO DE CARACTERISTICAS IDENTICAS. ATTE: ADMINISTRACION

ENCARGADO AUDIOVISUAL
C. ELIEL DE LA PAZ CHÁVEZ

FIRMA
ALUMNO(A)/MAESTRO(A)

FOMSD-04 Rev.0



Universidad Autónoma de Baja
California Facultad de
Odontología Mexicali
AUDIOVISUAL



VALE DE PRESTAMO

ALUMNO(A)/MAESTRO(A): _____

MATRICULA/NUM. DE EMP: _____ FECHA: ____/____/____

CARRERA: _____ SEMESTRE: _____ HORARIO: A _____

SALON: _____ CLASE: _____ GRUPO: _____

EQUIPO AUDIOVISUAL

CAÑON:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____	BOCINAS:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____
LAP TOP:	<input type="checkbox"/>	_____	APUNTADOR:	<input type="checkbox"/>	_____
CONTROL:	<input type="checkbox"/>	_____	VISUALIZER:	<input type="checkbox"/>	_____
PROYECTOR:	<input type="checkbox"/>	_____	CAMARA FOTO:	<input type="checkbox"/>	_____
CARRUSEL:	<input type="checkbox"/>	_____	VIDEO CAMARA:	<input type="checkbox"/>	_____
MICROFONO:	<input type="checkbox"/>	_____	DVD:	<input type="checkbox"/>	_____
			HOVERCAM	<input type="checkbox"/>	_____

OTROS: _____

NOTA: AL NO ENTREGAR EL EQUIPO EN LA HORA ACORDADA, SE HARA ACREEDOR DE UNA SANCION EQUIVALENTE A UN SEMESTRE SIN PRESTAMO, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO, EL ALUMNO(A)/MAESTRO(A) SE HARA RESPONSABLE DEL COSTO TOTAL DEL EQUIPO, O SUSTITUCION DEL MISMO POR UNO DE CARACTERISTICAS IDENTICAS. ATTE: ADMINISTRACION

ENCARGADO AUDIOVISUAL
C. ELIEL DE LA PAZ CHÁVEZ

FIRMA
ALUMNO(A)/MAESTRO(A)

FOMSD-04 Rev.0



Universidad Autónoma de Baja
California Facultad de
Odontología Mexicali
AUDIOVISUAL



VALE DE PRESTAMO

ALUMNO(A)/MAESTRO(A): _____

MATRICULA/NUM. DE EMP: _____ FECHA: ____/____/____

CARRERA: _____ SEMESTRE: _____ HORARIO: A _____

SALON: _____ CLASE: _____ GRUPO: _____

EQUIPO AUDIOVISUAL

CAÑON:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____	BOCINAS:	<input type="checkbox"/>	CODIGO _____
LAP TOP:	<input type="checkbox"/>	_____	APUNTADOR:	<input type="checkbox"/>	_____
CONTROL:	<input type="checkbox"/>	_____	VISUALIZER:	<input type="checkbox"/>	_____
PROYECTOR:	<input type="checkbox"/>	_____	CAMARA FOTO:	<input type="checkbox"/>	_____
CARRUSEL:	<input type="checkbox"/>	_____	VIDEO CAMARA:	<input type="checkbox"/>	_____
MICROFONO:	<input type="checkbox"/>	_____	DVD:	<input type="checkbox"/>	_____
			HOVERCAM	<input type="checkbox"/>	_____

OTROS: _____

NOTA: AL NO ENTREGAR EL EQUIPO EN LA HORA ACORDADA, SE HARA ACREEDOR DE UNA SANCION EQUIVALENTE A UN SEMESTRE SIN PRESTAMO, EN CASO DE PERDIDA O DAÑO, EL ALUMNO(A)/MAESTRO(A) SE HARA RESPONSABLE DEL COSTO TOTAL DEL EQUIPO, O SUSTITUCION DEL MISMO POR UNO DE CARACTERISTICAS IDENTICAS. ATTE: ADMINISTRACION

ENCARGADO AUDIOVISUAL
C. ELIEL DE LA PAZ CHÁVEZ

FIRMA
ALUMNO(A)/MAESTRO(A)

FOMSD-04 Rev.0



**BITÁCORA
PRÉSTAMO DE EQUIPO AUDIOVISUAL**



NOMBRE DEL ALUMNO	FECHA	EQUIPO AUDIOVISUAL	FIRMA DE ENTREGA		HORA
			ENCARGADO	ALUMNO	



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI
 ÁREA AUDIOVISUAL Y DISEÑO GRÁFICO
SERVICIOS AL EQUIPO AUDIOVISUAL



CÓDIGO O NUMERO DE CONTROL DEL EQUIPO	SERVICIO EFECTUADO	FECHA



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI



CURSOS INTERSEMESTRALES 2020- 2
Del 03 al 28 de agosto del 2020

FORMATO DE PAGO A CURSO INTERSEMESTRAL

CUENTA CONTABLE UABC. CAJA-TESORERÍA		PROGRAMA	IMPORTE A PAGAR
4.1.7.8.1.3		7490	\$900.00 M.N.
MATRICULA:		EMAIL:	
NOMBRE:			
CARRERA:			
MATERIA:			
CLAVE:			

Vo. Bo. Del Coord./ Tutor Carrera: _____

1. Inscripciones: del 27 de julio al 31 de julio (Anexar recibo original y ficha)
2. Se aceptan dos becas por grupo.
3. El periodo de clases intersemestrales es del 03 al 28 de agosto de 2020.
4. El estudiante podrá tomar dos cursos como máximo siempre y cuando los horarios no se traslapen
5. Para estudiantes de Unidades Académicas distintas a la Facultad de Odontología se requiere oficio solicitud por parte del Director (a) que corresponda. (pagar recibo hasta tener autorización de su unidad académica).
6. La fecha límite para darse de baja del curso intersemestral es el 30 de julio. No hay devolución de inscripción, excepto en los casos cuando los motivos del cierre de la materia sean responsabilidad de la Facultad de Odontología.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



CURSOS INTERSEMESTRALES 2020- 2 EN LÍNEA
Periodo de clases: del 3 al 28 de agosto de 2020
FORMATO DE REGISTRO/PAGO A CURSO INTERSEMESTRAL

El pago se realizará en cuenta bancaria institucional por medio de transferencia electrónica o directamente en ventanilla bancaria. Nota: es de suma importancia que en la referencia del depósito o transferencia se indique el número de matrícula del alumno.		IMPORTE A PAGAR
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA Banco Santander No. de cuenta: 65501399913 CLABE: 014020655013999134		\$900.00 M.N.
MATRICULA:		EMAIL:
NOMBRE:		TELÉFONO:
CARRERA:		
CLAVE, GRUPO Y NOMBRE DE MATERIA:		

UNIDAD ACADÉMICA: _____

Periodo de inscripción: del 27 de julio al 31 de julio 2020 (enviar formato de registro de inscripción y comprobante de pago al correo de saucedamaria@uabc.edu.mx ENCARGADA DE CONTROL ESCOLAR. * REVISAR KARDEX PARA ASEGURAR QUE NO CUENTAS CON LA ASIGNATURA SOLICITADA.

1. El estudiante podrá tomar dos cursos como máximo siempre y cuando no se traslapen los horarios.
2. Para estudiantes de Unidades Académicas distintas a Ciencias Humanas se requiere oficio solicitud por parte del Director (a) que corresponda, que deberá hacer llegar vía correo electrónico al director de la Facultad de Ciencias Humanas con copia para saucedamaria@uabc.edu.mx ENCARGADA DE CONTROL ESCOLAR.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



CURSOS INTERSEMESTRALES 2020-1

Periodo de clases: del 3 al 28 de agosto de 2020.

Periodo de BAJAS: 30 de julio 2020 (enviar formato de baja al correo de FELICITAS IBARRA SÁNCHEZ saucedamaria@uabc.edu.mx ENCARGADA DE CONTROL ESCOLAR.

FORMATO SOLICITUD BAJA MATERIA INTERSEMESTRAL

MOTIVO DE BAJA:	
MATRICULA:	EMAIL:
NOMBRE:	TELÉFONO:
CARRERA:	
CLAVE, GRUPO Y NOMBRE DE MATERIA:	

NOTA: No hay devolución de inscripción, excepto en los casos cuando los motivos del cierre de la materia sean responsabilidad de la Facultad de Odontología.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
 Facultad de Odontología
Ingreso al laboratorio de Ciencias Básicas

Laboratorio de
 Ciencias Básicas
LCBF-001
Rev.00



Fecha	Nombre	Asunto	Observaciones	Hora	
				Entrada	Salida



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología
Uso de equipo: del laboratorio de Ciencias Básicas



Laboratorio de
Ciencias Básicas
FOMCFP-02

Nombre usuario	Fecha de uso	Hora inicio/hora termino	Firma	Observaciones

Facultad de Odontología Mexicali

Intercambio Académica y Estudiantil Licenciatura y Posgrado

Nombre de Alumno	Licenciatura (semestre)	Nacional /Internacional	Institución donde realizó el Intercambio	Actividades Realizadas	Evidencias

Nombre de Alumno	Posgrado de:	Nacional /Internacional	Institución donde realizó el Intercambio	Actividades Realizadas	Evidencias

Nombre de Alumno	Docente	Nacional /Internacional	Institución donde realizó el Intercambio	Actividades Realizadas	Evidencias

v: en el rubro de * Evidencias es importante adjuntar fotografías de asistencia a las estancias, mismas que se utilizaran para la actualización de la página de la FOM y reportes de informe de Director.



FICHA DE: ADMISION

Nombre del alumno:

Matricula:

DATOS DEL PACIENTE

Paciente

Edad Fecha de nacimiento

Domicilio Estado civil Teléfono

Ocupación

Obrero Campesino Patrón Estudiante Otro
 Empleado Por cuenta propia Trabajo familiar Hogar

MOTIVO DE LA CONSULTA

Dolor Prótesis Atención programada
 Prevención Continuar tratamiento Control (Revisión o nuevos servicios)
 Estética Repetir tratamiento ya terminado Otro motivo

RECOMENDADO POR

Estudiante Cercanía a su casa o trabajo Otras razones
 Otros pacientes Buena calidad de la atención
 Otros servicios Precio de los servicios

ANTECEDENTES

Antecedentes Heredo - Familiares

Antecedentes no Patológicos

Antecedentes Patológicos

Alteraciones aparato Hipotensión Alteraciones Alcoholismo
 Dificultad Hemorragia Diabetes Drogadicción
 Cardiopatías Fiebre reumática Padecimientos
 Hipertensión Hepatitis Tabaquismo

ANTECEDENTES GENERALES

Anestesia Medicamentos Alimentos Agentes físico ambientales

Alergias? Si No

Está en tratamiento médico? Si No

Toma habitualmente medicamentos? Si No

Intolerancia a los medicamentos? Si No

Intolerancia a los analgésicos? Si No

Especifique

Tipo Medicamento

Cuáles? Dosis

Cuáles?

Cuáles?

T/A Nivel de glucosa

INFORMACION DE LA CAVIDAD BUCAL

Ha recibido atención dental?

- Si No sabe
 No

Lugar donde recibió la atención

- IMSS SSA ISSSTECALI Particular
 ISSSTE UABC Cruz Roja Otros

Condición general de dientes

- Buena Regular
 Mala

Condición general de tejidos blandos

- Buena Regular
 Mala

Hábitos de cepillado

- 1 a 2 veces Más de 3 veces
 2 a 3 veces No

Tártaro

- Si
 No

PLAN DE TRATAMIENTO

# Prioridad	Especialidad	Tratamiento a ejecutar
-------------	--------------	------------------------

CONSENTIMIENTO

Declaro que he proporcionado antecedentes médicos y personales tan exactos y completos como me fue posible, y autorizo se me practiquen radiográficos diversos, toma de registros fotográficos, así como la administración de anestesia local, antibióticos, analgésicos y cualquier otro medicamento que se considere necesario en mi caso; entendiendo que existe riesgo inherente a la administración de todo medicamento o anes (reacciones alérgicas, infarto o paro cardíaco, aspiración y lesiones a vasos sanguíneos y a los nervios) inducidos por la inyección de medicic drogas, por lo que acepto todos los riesgos que esto conlleva, todo esto con fines de diagnóstico y académicos.

Además, estoy enterado(a) de la necesidad de que se me realice un tratamiento de urgencia con la finalidad de solucionar mi padecir actual.

Declaro que todo lo especificado en este documento, se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo, que he tenido la oportunidad de todas mis dudas, y además de haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios.

Estoy satisfecho(a) con la información recibida y de comprender todos los alcances y riesgos del procedimiento y/o tratamiento al que me son

Nombre y firma del paciente o su representante legal

Nombre y firma de testigo

Nombre y firma de testigo



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI
COORDINACIÓN DE CLÍNICAS
ÁREA DE CLÍNICA DE ADMISIÓN: ADMISIÓN Y ASIGNACIÓN DE PACIENTE
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Fecha: _____
 Día Mes Año

Con el fin de mejorar la calidad del servicio que presta la Clínica de Admisión, en cuanto a la admisión y asignación de paciente a los alumnos de la FOM, agradecemos llene la presente encuesta que busca conocer su opinión sobre este servicio.

	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
¿Cómo califica el servicio recibido?											
¿Recibió atención cordial y personalizada?											
¿Cómo califica el cumplimiento con el horario de atención?											
Fue clara la explicación respecto a sus necesidades de atención bucal? (Diagnóstico)											
¿Cómo evalúa la explicación del estudiante con respecto al procedimiento y/o tratamiento realizado.											

Por favor evalúe del 10 al 0 los siguientes aspectos:

- ¿Cómo califica el servicio recibido?
- ¿Recibió atención cordial y personalizada?
- ¿Cómo califica el cumplimiento con el horario de atención?
- Fue clara la explicación respecto a sus necesidades de atención bucal? (Diagnóstico)
- ¿Cómo evalúa la explicación del estudiante con respecto al procedimiento y/o tratamiento realizado.

Comentarios y/o Sugerencias



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI**

Zotoluca y Chinampass/n, Fraccionamiento Calafia, C.P. 21040, Tel. 6865573268



HISTORIA CLÍNICA

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)		
DOMICILIO: _____			CALLE			NÚMERO		
COLONIA			CIUDAD			CÓDIGO POSTAL		
EDAD: ____ / ____			SEXO: M() F()			TELÉFONO (S)		
AÑOS MESES						ESTADO CIVIL		
OCUPACIÓN: _____			NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____					
MOTIVO DE CONSULTA: _____								

**DCO. PROPIEDAD DE LA UABC
ANEXA RECIBO DE PAGO**

NÚMERO DE EXPEDIENTE	_____
FECHA	_____

USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)			
PARENTESCO: _____			
TELÉFONOS: _____			

ALUMNO

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)		
MATRÍCULA: _____ TELÉFONO: _____								

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS
Enfermedades pasadas y edad en la que se padecieron,
antecedentes quirúrgicos

Alergias: SI () NO () Especificar _____
 Manifestaciones _____
 Tratamiento utilizado _____
 Hospitalizaciones por alergias _____
 Uso de anticonceptivos: SI () NO () Método: _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES
Abuelos paternos, maternos, padres, hermanos

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS Hábito exterior,
higiene, hábitos alimenticios, ejercicio, discapacidad

Consumo de sustancias

Tabaco: SI () NO () Cantidad _____
 Frecuencia _____ Años de consumo _____

Alcohol: SI () NO () Cantidad/litros _____
 Tipo _____ Frecuencia _____ Años de consumo _____

Drogas: SI () NO () Tipo _____
 Vía de administración _____ Cantidad _____
 Frecuencia de uso _____

PADECIMIENTO ACTUAL
Enfermedades generales presentes

Diagnóstico (s) _____

¿Qué estudios lo(s) confirmaron? _____

Tratamiento utilizado _____

Complicaciones u hospitalizaciones _____

Médico tratante _____ Teléfono _____

Otros medicamentos utilizados: anticoagulantes, aspirina, bifosfonatos (alenodrato, pamidronato, risedronato, ácido zolendrónico), esteroides, quimioterapia (metrotexato, tamoxifeno, fluorouracilo, temozolamida, etc.):

SIGNOS VITALES AL INGRESO

Tensión arterial ____ / ____ mmHg Frecuencia cardiaca _____ ppm Frecuencia respiratoria _____ rpm

Temperatura ____ °C Glucosa ____ mg/dl Estatura ____ cms Peso ____ kg IMC ____ kg/m²

Estado nutricional: Bajo peso ____ Normopeso ____ Sobrepeso ____ Obesidad ____ Especificar: _____

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS. El alumno deberá:

- A. Señalar con una "X" en el paréntesis si presenta alguno de los signos o síntomas indicados.
B. Especificar en los renglones:
1. Nombre de la enfermedad,
2. Exámenes de laboratorio realizados que confirmaron el diagnóstico,
3. Tratamientos utilizados (registrando el nombre del medicamento, dosis, vías de administración, cambio de medicamentos,
4. Complicaciones: tipo de complicación, duración y cómo fue resuelta,
5. En caso de dolor deberá registrar: tipo de dolor, intensidad, duración, factores que lo exacerbaban o atenúan y medicamentos utilizados.

DIGESTIVO

- Dolor
- Ardor
- Reflujo
- Gastritis
- Bulimia o anorexia
- Cólico biliar
- Acolia
- Melena
- Ictericia
- Otros:

CARDIOVASCULAR

- Hipertensión
- Hipotensión
- Soplo cardiaco
- Arritmia
- Angina de pecho
- Infarto
- Marcapaso
- Insuficiencia cardiaca
- Otros:

ENDÓCRINO

- Diabetes
Tipo: _____
- Hipertiroidismo
- Uso de esteroides
- Otros trastornos
endócrinos:

RESPIRATORIO

- Rinitis
- Asma
- Sinusitis
- Faringoamigdalitis
- Tos crónica
- Tuberculosis
- Neumonía
- COVID
- Otros:

INMUNOLÓGICOS

- Lupus eritematoso
Tipo: _____
- Púrpura
trombocitopénica
- Esclerosis múltiple
- VIH/SIDA
- Pénfigo
- Otros:

TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS

- Transfusión
- Anemia
- Hemorragia
- Anticoagulantes
- Leucemia
- Hemofilia
- Otros:

MUCOCUTÁNEO - MUSCULOESQUELÉTICO

- Rash
- Herpes zoster
- Dolor muscular
- Fracturas
- Osteoartritis
- Osteoporosis
- Gota
- Enfermedad de Paget
- Disfunción de ATM
- Otros:

GENITO-URINARIO

- Embarazo
- Anticonceptivos
- Miomas
- Carcinoma
- Infecciones
- Herpes genital
- Gonorrea
- Papiloma o condiloma
- En hombre agregar:
 Hernia escrotal
- Prostatitis
- Tumor testicular o de
próstata
- Otros:

NERVIOSO Y SENSORIAL

- Cefalea / migraña
- Mareo / desmayo
- Parálisis facial
- Tratamiento psiquiátrico
- Alteraciones visuales
- Alteraciones auditivas
- Otros:

EXAMEN EXTRAORAL (describir o marcar "SI" o "NO" según sea el caso)

1. **CABEZA:** Tipo de cráneo _____ Asimetría _____ Alopecia _____ Lesiones _____ Especificar: _____
2. **CARA:** Perfil facial _____ Biotipo facial _____ Asimetría _____ Lesiones _____ Especificar: _____
3. **CUELLO:** Asimetría _____ Lesiones _____ Especificar: _____
Ganglios palpables _____ Glándulas salivales _____ Especificar: _____
4. **ATM:** Dolor _____ Crepitación _____ Chasquido: _____ Apertura máxima _____ mm Desviación _____ derecha _____ o izquierda _____
Limitación al movimiento: _____ especificar si es en apertura, cierre o lateralidad _____

EXAMEN DE CAVIDAD ORAL (describir evidencias o hallazgos)

1. **LABIOS:** forma, textura, volumen, coloración, simetría, alteraciones
Especificar: _____
2. **MUCOSA VESTIBULAR, LABIAL Y YUGAL:** color, textura, humedad, línea alba oclusal, mordisqueo, salida conducto de Stenon, glándulas salivales menores, alteraciones
Especificar: _____
3. **PALADAR DURO Y BLANDO:** color, forma, profundidad, consistencia de la mucosa, úvula, alteraciones
Especificar: _____
4. **ISTMO DE LAS FAUCES:** color, alteraciones
Especificar: _____
5. **PISO DE BOCA:** color, forma, profundidad, consistencia, inserción del frenillo lingual, palpación de glándulas salivales, alteraciones
Especificar: _____
6. **LENGUA:** movilidad, simetría, amígdala lingual, alteraciones (forma, tamaño, superficie)
Especificar: _____
7. **ENCÍAS:** color, forma, textura, consistencia, volumen, alteraciones
Especificar: _____

HÁBITOS DE HIGIENE ORAL Y PERNICIOSOS

- Cepillado:** frecuencia _____ veces al día **Uso de auxiliar de higiene** (especificar): _____
- Técnica de cepillado** (especificar): _____
- Onicofagia _____ Queilofagia _____ Mordisqueo de objetos _____ Otros: _____
- Especificar: _____

Declaro que he proporcionado antecedentes médicos y personales, tan exactos y completos como me fue posible, y autorizo se me practiquen estudios radiográficos diversos, así como la toma de registros bucales y fotográficos; todo con fines diagnósticos y académicos.

Nombre y firma del paciente, padre o tutor

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

IHOS
Calidad de higiene bucal

Vestibular	IP	IC
11		
31		
16		
26		
Lingual	IP	IC
36		
46		

IHOS: _____

ICPOD / Iceod
Registro de caries dental

Dientes Cariados	
Dientes perdidos por caries	
Dientes Obturados	

ICPOD / Iceod: _____

IPC
Condición periodontal

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

IPC: _____

INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA




















CUADRANTE I: _____

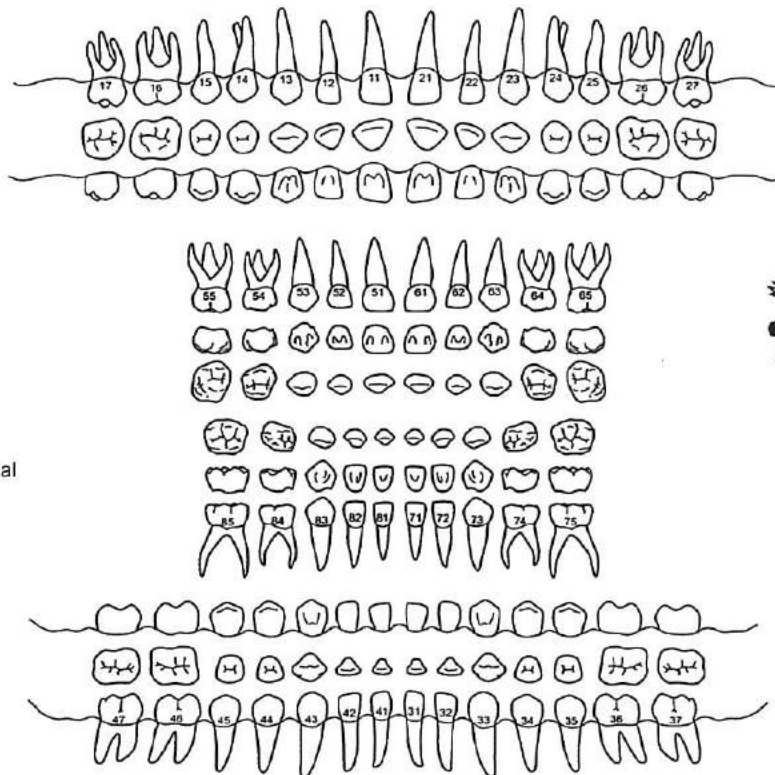
CUADRANTE II: _____

CUADRANTE III: _____

CUADRANTE IV: _____

ODONTOGRAMA

-  Ausencia de diente
-  Caries (en rojo)
-  Margen gingival (en rojo)
-  Intrusión
-  Extrusión
-  Diastema
-  Restauración
-  Malposición
-  Movilidad
-  Frenillo alterado
-  Prótesis fija / implante
-  Prótesis removible
-  Fractura (en azul)
-  Dolor a la percusión horizontal
-  Dolor a la percusión vertical
-  Diente a extraer
-  Obturación radicular
-  Zona radiopaca
-  Zona radiolúcida
-  Desgaste dental (en rojo)



Simbología odontopediatría

-  Corona de acero
-  Ausencia de diente
-  Caries (en rojo)
-  Restauración
-  Malposición
-  Fractura (en azul)
-  Diente a extraer
-  Sellador de fosetas
-  Pulpotomía
-  Pulpsectomía
-  Mantenedor de espacio
-  Mancha blanca
-  Restauración preventiva

Nota: dibuja los terceros molares, dientes retenidos y supernumerarios (SN) en su posición actual.

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO GENERAL	PLAN DE TRATAMIENTO POR PRIORIDAD
	1. Urgencia:
	2. Periodoncia:
	3. Exodoncia / cirugía:
	4. Endodoncia:
	5. Restauradora:
	6. Prótesis:
	7. Odontopediatría / Ortodoncia preventiva:
	8. Seguimiento:

Autorización del docente (nombre y firma)

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI

Zotoluca y Chinampass/n, Fraccionamiento Calafia, C.P. 21040, Tel. 6865573268

CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO



NÚMERO DE EXPEDIENTE	
----------------------	--

FECHA	
-------	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del alumno (a) que lo atiende:	_____	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Matrícula:	_____	Clínica:	_____	Nombre del docente:
Nombre del paciente:	_____	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Domicilio:	_____	_____	_____	_____
	Calle	Número	Colonia	C.P. Teléfono (s)
Nombre del responsables, padre o tutor:	_____	_____	_____	_____
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Domicilio:	_____	_____	_____	_____
	Calle	Número	Colonia	C.P. Teléfono (s)

De conformidad con los datos anteriores y con base a la información proporcionada en el expediente clínico, manifiesto que se me ha detallado el procedimiento para atender mis necesidades bucales que consisten en:

Además, se me ha explicado debidamente lo siguiente:

1. Que es objetivo de la Clínica que los alumnos realicen el tratamiento integral en la atención dental, con base en la enseñanza y programas de investigación de la Facultad de Odontología Mexicali.
2. Con relación al tratamiento, las opciones existentes para mi atención general, mencionando las ventajas y desventajas de cada una de ellas (económicas y/o personales).
3. Que, en caso de padecer diabetes, cardiopatías, osteoporosis u otra enfermedad sistémica, el docente, si lo considera necesario, me solicitará interconsulta por escrito con el médico tratante.
4. Que durante la atención dental será necesario realizar diversos estudios imagenológicos, toma de impresiones para modelos de estudio y de trabajo, toma de fotografía intraoral y/o extraoral con fines académicos, de docencia, eventos científicos y/o publicaciones en revistas científicas, los cuales serán propiedad de la institución y será anexado en mi expediente clínico.
5. El tiempo estimado para concluir mi tratamiento, según las condiciones de salud bucal e integral que presento.
6. Las complicaciones en los diversos tratamientos y los problemas bucodentales que podrían surgir de no recibir atención podrían ser:

7. Que, de acuerdo con el calendario escolar, puede existir cambio de alumno(a) tratante, ya que es una institución universitaria de enseñanza.
8. Que el éxito del tratamiento depende en gran medida de atender todas las indicaciones e instrucciones que el responsable me indique (previas, durante y posteriores a la realización de mi tratamiento, cualquiera que éste haya sido).

Por lo tanto y de acuerdo con toda la información recibida, otorgo mi consentimiento para la realización de los procedimientos necesarios para mi rehabilitación bucodental, autorizando:

- I. La administración de anestesia local, antibióticos, analgésicos y cualquier otro medicamento que se considere necesario en mi caso, entendiendo que existe riesgo inherente a la administración de todo medicamento o anestésico (pudiendo inducir reacciones alérgicas, infarto o paro cardíaco, lesiones a vasos sanguíneos o nervios), por lo que acepto todos los riesgos que esto conlleva.
- II. Que el material de los estudios realizados sea empleado en sesiones académicas, de docencia, eventos científicos y/o publicaciones en revistas científicas.
- III. Que, de acuerdo con el calendario escolar, acepto se me asigne otro alumno para poder ser atendido, invariablemente en este semestre o el siguiente según sea el caso.
- IV. Además, me comprometo a seguir las indicaciones e instrucciones dadas por el alumno(a) tratante y acudir de manera puntual y constante a mis citas, y
- V. Declaro que todo lo especificado en este documento, se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo, que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas, y además haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios. Estoy satisfecho(a) con la información recibida y comprendo todos los alcances y riesgos del procedimiento y/o tratamiento al que me someteré.

Asimismo, presento una de las siguientes identificaciones:

___ Credencial del INE # _____

___ Licencia de manejo # _____

___ Otra: _____ # _____

Observaciones:

 Nombre y firma del paciente o su representante legal

 Nombre y firma de testigo

 Nombre y firma de testigo

**HOJA DE EVOLUCIÓN Y
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE**

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA	TRATAMIENTO	ALUMNO (nombre y matrícula)	AUTORIZACIÓN DOCENTE	FOLIO RECIBO DE PAGO

HOJA DE EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

FECHA	TRATAMIENTO	ALUMNO (nombre y matrícula)	AUTORIZACIÓN DOCENTE	FOLIO RECIBO DE PAGO



NÚMERO DE RECIBO	
FECHA	

PACIENTE

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)		
ESTADO CIVIL			DOMICILIO			TELÉFONO (S)		

ALUMNO REVISOR

() M () F () INFANTIL () ADULTO			
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GÉNERO	TIPO DE PACIENTE
OCUPACIÓN		CONTACTO DE EMERGENCIA (NOMBRE Y TELÉFONO)	

MOTIVO DE LA CONSULTA

() Dolor	() Prótesis	() Atención programada	Descripción de otros motivos: _____ _____ _____
() Prevención	() Continuar tratamiento	() Control (revisión o nuevos servicios)	
() Estética	() Repetir tratamiento ya terminado	() Otros	

RECOMENDADO POR / MOTIVO POR LA ELECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

() Estudiante	() Cercanía a su casa o trabajo	() Precio de los servicios	Descripción de otros motivos: _____ _____
() Otros pacientes	() Buena calidad de la atención	() Otros	

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES
Abuelos paternos, maternos, padres, hermanos

--

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS Hábito exterior, higiene, hábitos alimenticios, ejercicio

	() Consumo de tabaco / fumador () Consumo de alcohol () Uso de drogas
--	--

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS
Enfermedades pasadas y edad en la que se padecieron, antecedentes quirúrgicos

--

APARATOS Y SISTEMAS Identificar alteraciones y padecimientos actuales

() Digestivo: _____	() Endocrino: _____	() Músculo-esquelético: _____
() Respiratorio: _____	() Hematológico: _____	
() Cardiovascular: _____	() Inmunológico: _____	() Otros: _____
() Genitourinario: _____	() Nervioso: _____	

PADECIMIENTO ACTUAL Enfermedades generales presentes

Esta bajo tratamiento médico: () SI () NO	Intolerancia a medicamentos: () SI () NO
Especifique: _____	Especifique: _____
Medicamento (s): _____	Intolerancia a analgésicos: () SI () NO
_____	Especifique: _____

INFORMACIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL

Ha recibido atención dental: () SI () NO () No sabe	Condición general de los dientes: () Buena () Regular () Mala
Lugar donde recibió atención:	Condición general de los tejidos blandos: () Buena () Regular () Mala
() IMSS () ISSSTE () SSA () UABC	Hábitos de cepillado: () 1 a 2 veces () 2 a 3 veces () Mas de 3 () NO
() ISSSTECALI () Cruz roja () Particular () Otros	Cálculo: () SI () NO Gingivitis: () SI () NO Periodontitis: () SI () NO

SIGNOS VITALES	Tensión arterial ____/____ mmHg Frecuencia cardíaca _____ ppm Frecuencia respiratoria _____ rpm Temperatura ____ °C
-----------------------	---

PLAN DE TRATAMIENTO

	Área	Diagnóstico	Propuesta de tratamiento
1	Urgencia		
2	Periodoncia		
3	Exodoncia Cirugía		
4	Endodoncia		
5	Restauradora		
6	Prótesis		
7	Odontopediatria Ortodoncia preventiva		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he proporcionado antecedentes médicos y personales tan exactos y completos como me fue posible y autorizo se me practiquen estudios radiográficos, así como la administración de anestesia local, antibióticos, analgésicos y cualquier otro medicamento que se considere en mi caso; entendiendo que existe riesgo inherente a la administración de todo medicamento o anestesia (reacciones alérgicas, infarto o paro cardíaco, aspiración y lesiones en vasos sanguíneos y a los nervios) inducido por la inyección de medicamentos o analgésicos, por lo que acepto todos los riesgos que esto conlleva.

Además, estoy enterado (a) de la necesidad de que se realice un tratamiento de urgencia con la finalidad de solucionar mi padecimiento actual.

Declaro que todo lo especificado en este documento se me ha explicado en lenguaje claro y sencillo, que he tenido la oportunidad de aclarar todas mis dudas, y además de haber podido expresar de manera libre todos mis comentarios.

Estoy satisfecho (a) con la información recibida y de comprender todos los alcances y riesgos del procedimiento y/o tratamiento al que me someteré.

Nombre y firma del paciente, tutor o representante legal

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

Canalizado a	
Matrícula	Semestre



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
FICHA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE
URGENCIA ODONTOLÓGICA

TIPO DE URGENCIA	Endodóntica	Quirúrgica
NÚMERO DE RECIBO		
FECHA		

PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DOMICILIO	TELÉFONO (S)	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	

ALUMNO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO	TELÉFONO (S) DE CONTACTO

MOTIVO DE LA CONSULTA (describir o marcar con "X" según sea el caso)

() Dolor () Prevención () Estética () Prótesis () Continuar tratamiento () Repetir tratamiento ya iniciado
 () Atención programada () Control (revisión o nuevos servicios) Otros: _____
 Recomendado o remitido por: _____

ANTECEDENTES (heredo familiares, personales no patológicos, personales patológicos y padecimiento actual)

Está bajo tratamiento médico () SI () NO, especificar: _____
 Toma actualmente medicamentos () SI () NO, cuáles (nombre y dosis): _____
 Alergia a medicamentos () SI () NO, cuáles: _____
 Alergia a anestésicos () SI () NO, cuáles: _____

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS (describir o marcar con "X" donde se indique alteración o padecimiento)

() Digestivo, especificar: _____
 () Respiratorio, especificar: _____
 () Cardiovascular, especificar: _____
 () Trastornos hematológicos, especificar: _____
 () Genito-urinario, especificar: _____
 () Endócrinos, especificar: _____
 () Inmunológicos, especificar: _____
 () Mucocotáneo-músculoesquelético, especificar: _____
 () Nervioso y sensorial, especificar: _____

INFORMACIÓN DE CAVIDAD ORAL

Ha recibido atención dental previa () SI () NO
 Lugar de atención: _____
 Condiciones dentales () Buena () Regular () Mala
 Hábito de cepillado () 1 a 2 veces () 2 a 3 veces
 () Mas de 3 veces () NO () Deficiente
 Ausencias () SI () NO Caries () SI () NO
 Placa dental () SI () NO Sarro () SI () NO
 Otros: _____

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Diagnóstico: _____
 Tratamiento: _____
 Signos vitales. TA _____ FC _____ FR _____
 Nombre y firma del docente
 Autorización: _____
 Finalización: _____
 Canalizado a: _____
 Nombre y matrícula del alumno



Universidad Autónoma de Baja California
 Facultad de Odontología Mexicali
FICHA CLÍNICA DE PERIODONCIA

NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	EDAD	TELÉFONO (S) DE CONTACTO	

ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO		TELÉFONO (S) DE CONTACTO		

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENCÍA (Describir evidencia y hallazgos)

1. Color: _____
 2. Consistencia: _____
 3. Textura: _____
 4. Fenotipo periodontal: _____
 5. Sangrado / exudado: _____
 6. Cálculo dental: _____
 7. Dolor / ardor: _____
 8. Pigmentación melánica: _____
- Otros: _____

INTERPRETACIÓN RADIOGRÁFICA

- CUADRANTE I: _____
- CUADRANTE II: _____
- CUADRANTE III: _____
- CUADRANTE IV: _____

PACIENTE

EXPEDIENTE

PERIODONTOGRAMA

EXAMEN INICIAL

REEVALUACIÓN

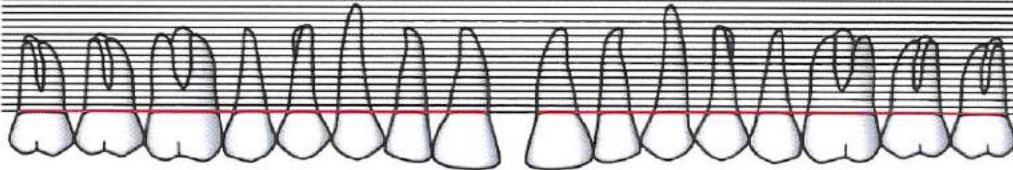
FECHA / /

VESTIBULAR

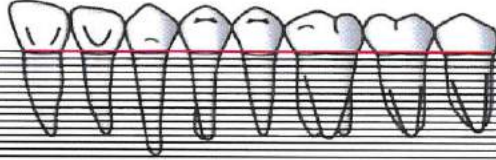
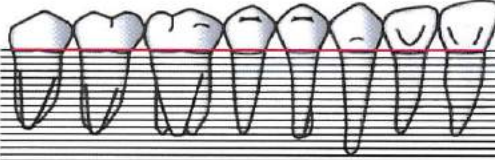
18	17	16	15	14	13	12	11

21	22	23	24	25	26	27	28

Movilidad
 Implante
 Defecto de furca
 Sangrado al sondaje
 Placa
 Margen gingival
 Profundidad de sondaje



PALATINO



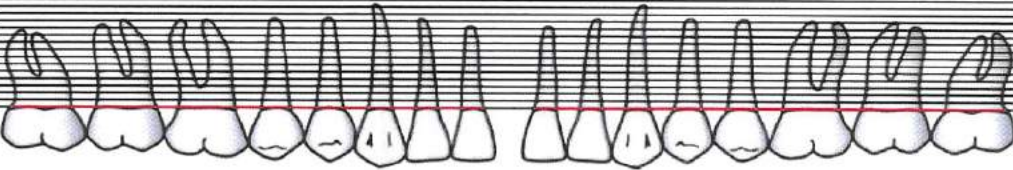
Margen gingival
 Profundidad de sondaje
 Placa
 Sangrado al sondaje
 Defecto de furca
 Nota

Profundidad de sondeo periodontal medio: ____ mm.
 ____ Índice de placa (%IP).

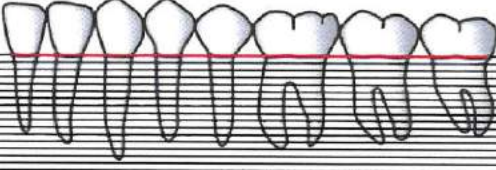
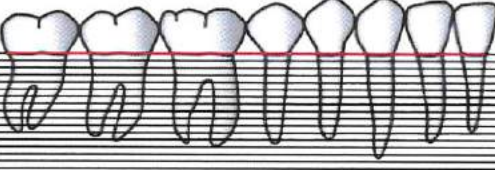
Nivel de inserción medio: ____ mm.
 ____ % de SAS.

LINGUAL

Nota
 Defecto de furca
 Sangrado al sondaje
 Placa
 Margen gingival
 Profundidad de sondaje



VESTIBULAR



Margen gingival
 Profundidad de sondaje
 Placa
 Sangrado al sondaje
 Defecto de furca
 Implante
 Movilidad

48 47 46 45 44 43 42 41

31 32 33 34 35 36 37 38

Diagnóstico: _____
 Etiología: _____
 Pronóstico: _____
 Plan de tratamiento: _____

**FICHA DE CONTROL DE BIOFILM ORAL
(O'Leary)**

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO

FECHA

No. de dientes								No. de caras								Control								Porcentaje							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																

FECHA

No. de dientes								No. de caras								Control								Porcentaje							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																

FECHA

No. de dientes								No. de caras								Control								Porcentaje							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																

Técnica de cepillado indicada: _____

Colutorio bucal indicado: _____

Auxiliares de higiene indicados: _____

Se requiere interconsulta: () SI () NO

Observaciones: _____

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matricula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
EDAD GÉNERO		TELÉFONO (S) DE CONTACTO

ALUMNO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
MATRÍCULA	SEMESTRE	GRUPO
TELÉFONO (S) DE CONTACTO		

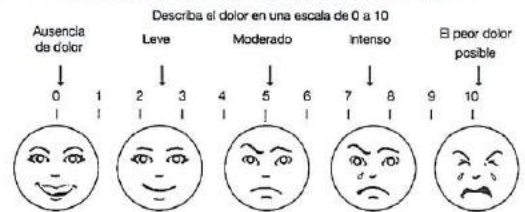
VALORACIÓN INTERDISCIPLINARIA

Referido por departamento: _____ Docente: _____
Diagnóstico Presuntivo: _____ Tratamiento sugerido: _____

ANTECEDENTES DEL CASO

Tiempo de evolución: Días () Semanas () Meses () Localización _____
Dolor: Percusión () Palpación () Sabor () Temp: Frio () Caliente () Fiebre: ()
Movilidad () Edema () Exudado () Sangrado: Si () No () Halitosis () Trismo ()
Dolor ATM () horario: _____ Otros: _____

Escala Visual Analógica del Dolor



SIGNOS VITALES

Frec. cardíaca: _____ Frec. respiratoria: _____ Tensión Arterial: _____
Temperatura: _____ Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS Riesgo ASA: I II III IV V

Enfermedades: Hipertensión () Diabetes () Cardiopatías () Neoplasia () Tiroideas () Discrasias sanguíneas () Quirúrgicos ()
Fímicas () ETS () Hepatitis () VIH () COVID () Toxicomanías: _____ Alcoholismo: _____ Tabaquismo: _____ Otros: _____
Depresión () Ansiedad () Dolor Crónico () Convulsiones ()
Tratamientos: Anticoagulantes () Anticonceptivo () Antidepresivo () Anticonvulsivo () Hipoglucemiante () Antihistamínicos ()
Esteroides () Ansiolíticos () Trat. osteoporosis () Antineoplásicos () Otros: _____
Alergias: Medicamentos: _____ Materiales: _____ Alimentos: _____

EXPLORACIÓN CLÍNICA

TEJIDOS BLANDOS: Edema: _____ Enf. periodontal: _____ Pericoronitis: _____
Sangrado: _____ Exudado: _____ Patología: _____ Otros: _____

TEJIDOS DUROS: Diente(s) _____ Movilidad: I () II () III ()
Caries Grado: I () II () III () IV () Traumatismo: _____ Fractura: _____
ERUPCIÓN: Completa () Parcial () Sin Erupcionar ()

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO

Corona: Integridad: Caries () Restauración () Tratamiento Conducto ()
Raíces: Reabsorción: Interna () Externa () Hiper cementosis ()
No. De raíces: Una () Dos o más () Endoposte ()
Altura Ósea: Cervical () Tercio medio () Tercio apical ()
Densidad ósea: Condensación I () II () III ()
Radioopacidad () Radio lucidez () Esp. del Ligamento Periodontal ()
Relación con estructuras anatómicas: Seno maxilar ()
Piso de fosas nasales () A. Mentoniano () Nervio dentario ()
Dientes adyacentes: Restauraciones () Tratamiento de ortodoncia ()
Caries () Enfermedad periodontal () Inclusiones ()
Otros datos de importancia: _____

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO: _____

Índice de dificultad quirúrgica III Molares

Winter	Mesioangular	1
	Distoangular	2
	Vertical	3
	Horizontal	4
Profundidad Pell y Gregory	Nivel A	1
	Nivel B	2
	Nivel C	3
Rel. Ramaa Pell y Gregory	Clase I	1
	Clase II	2
	Clase III	3
Relación ósea-mucosa	Parcial mucosa	1
	Parcial ósea, parcial mucosa	2
	Total mucosa, libre ósea	3
	Total mucosa parcial ósea	4
	Total mucosa total ósea	5
Raíces	Una o más de dos fusionadas	1
	Más de dos separadas	2
	Múltiples	3
Tamaño del folículo	+ de 1 mm	1
	0-0.9	2
Índice de Dificultad Quirúrgica	Poco difícil	6-10
	Difícil	11-15
	Muy difícil	16-20

Plan quirúrgico

Diagnóstico: _____

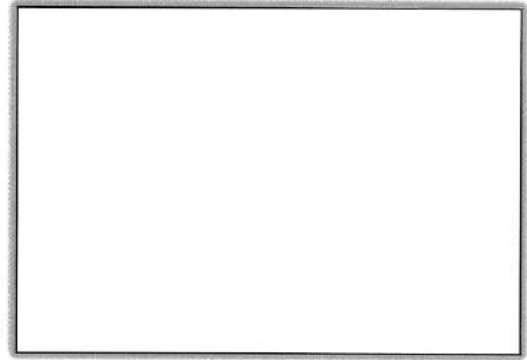
Tratamiento: _____

Tipo de Anestesia: _____

Técnica(s): _____

Colgajo: _____

Tipo de incisión: _____



Descripción de la técnica quirúrgica:

Medicación preoperatoria:

Nota posoperatoria

Observaciones posoperatorias:

Medicación posoperatoria:

Autorización

No. de recibo

Preoperatoria: _____

Fecha: _____

Posoperatoria: _____

Fecha: _____

Alta: _____

Fecha: _____

TRATAMIENTO REALIZADO



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

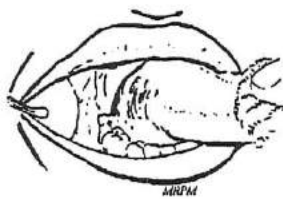
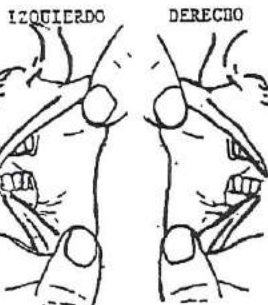
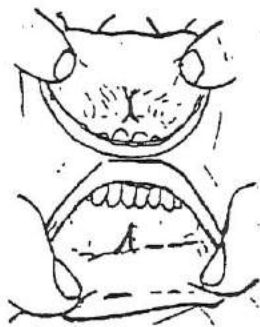
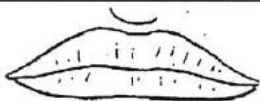
PACIENTE

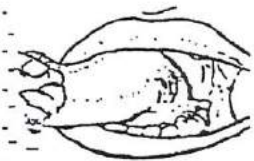
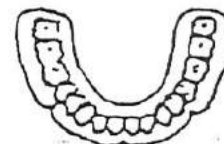
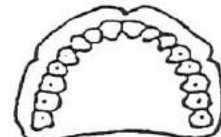
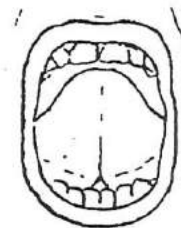
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	EDAD	SEXO	
OCUPACIÓN	TELÉFONO (S) DE CONTACTO		

DOCENTE		PERIODO	NÚMERO DE CASO
ALUMNO			
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
APELLIDO PATERNO		NOMBRE (S)	
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO	TELÉFONO (S) DE CONTACTO	

GUÍA PARA LA DESCRIPCIÓN DE LESIONES

1. TIPO DE LESIÓN ELEMENTAL (mancha, erosión, úlcera, vesícula, ampolla, pápula, nódulo, placa, papilomatosis, verrucosidad, fisura).
2. LOCALIZACIÓN
3. FORMA Y TAMAÑO (largo, ancho, alto [mm o cm]).
4. COLOR (primario y secundario).
5. CONSISTENCIA
6. CARACTERÍSTICA DE SUPERFICIE
7. BASE (solo en lesiones elevadas)
8. LECHO (solo en úlceras)
9. SINTOMATOLOGÍA
10. TIEMPO DE EVOLUCIÓN
11. ANTECEDENTES DE LA LESIÓN
12. PLAN DE TRATAMIENTO RECOMENDADO
13. DIBUJA CON COLOR ROJO LA LESIÓN DE CADA DIAGNÓSTICO (pon el número correspondiente)
14. NOTA DE SEGUIMIENTO EN CASO NECESARIO





TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (anota: nombre genérico, nombre comercial, presentación, dosis, vía de administración, duración del tratamiento): _____

Firma: _____

SE INDICA CULTIVO(firma) _____ () Bacteriano () Para cándida () Especial:

Resultado: _____

SE INDICA BIOPSIA () SI () NO(firma) _____ () Incisional () Excisional Fecha recepción de muestra _____

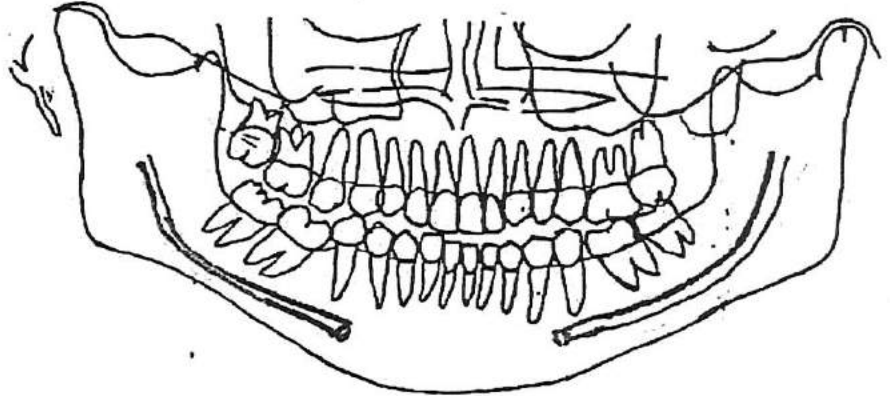
Diagnóstico histopatológico: _____

ADENOMEGALIA: _____ CADENA AFECTADA: _____

ALTERACIONES RADIOGRÁFICAS

GUIA PARA DESCRIPCIONES RADIOGRAFICAS

1. TIPO DE LESIÓN. (diente, radiolucidez o radiopacidad)
2. NÚMERO. (única o múltiple, unilocular o multilocular)
3. LOCALIZACIÓN. (incluyendo la referencia sobre distancia a estructuras vecinas)
4. TIENE PATRÓN RECONOCIBLE. (burbujas de jabón, piel de cebolla, copos de algodón, panal de abejas, vidrio esmerilado, apollillado)
5. MÁRGENES RADIOGRÁFICOS. (regular o irregular, bien o mal definido)
6. ASOCIADO ONO A DIENTE. (especifica el diente)
7. DIBUJA CON COLOR AZUL LA LESIÓN



DESCRIPCIÓN: _____

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD SISTÉMICA: (Anotar: 1. Signos, síntomas y tiempo de evolución, 2. Estudios de laboratorio realizados, 3. Tratamiento utilizado, 4. Complicaciones u hospitalizaciones)

INTERCONSULTA

FIRMA DE AUTORIZACIÓN PARA ACUDIR A INTERCONSULTA: _____ FECHA: _____

ESPECIALIDAD (ES) A LA (S) QUE SE SOLICITA INTERCONSULTA: _____

SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO DEL ESPECIALISTA: _____

FIRMA DEL ESPECIALISTA
ESPECIALISTA

FIRMA DEL ESPECIALISTA

FIRMA DEL

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

ALUMNO		SUBGRUPO		CASO NÚMERO		PERIODO	
PACIENTE				EDAD			SEXO
PROCEDIMIENTO	FECHA	DIAGNÓSTICO 1	DIAGNÓSTICO 2	DIAGNÓSTICO 3			
1. Autorización para iniciar caso con revisión de diagnósticos presuntivos							
2A. Toma de fotografías, fecha: Núm. Fotografías clínicas autorizadas: Fotografías, radiográficas autorizadas:							
2B. Descripción clínica							
3A. Radiografías: Tomó rx: Autorizadas: núm. Tipo:							
3B. Descripción radiográfica: Descripción rx adicional:							
4A. Interpretación de exámenes de laboratorio BH: QS: EGO: OTRO:							
4B. Actualización de expediente clínico							
5A. Autorización de plan de tratamiento							
5B. Autorización de tratamiento farmacológico. Fecha de entrega de receta:							
6. Interconsulta con especialidades médicas (no odontológicas)							
7. Fotos de cirugía (certifica con firma del cirujano) Tomó video: () SI () NO							
8. Entrega de reporte histopatológico Clave: Laminilla: () SI () NO							
9. Diagnósticos diferenciales							
10. Seguimiento de caso Descripción Fotos							
11. Procedimiento adicional (especificar):							
12. OBSERVACIONES			FECHA	PUNTAJON OBTENIDA:			



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	EDAD	TELÉFONO (S) DE CONTACTO

ALUMNO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO	TELÉFONO (S) DE CONTACTO

ANTECEDENTES CLÍNICOS DEL DIENTE A TRATAR: semiología subjetivos

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (especificar o marcar con "X" según sea el caso)

Diente #

() Caries () Traumatismo () Bruxismo () Trauma oclusal () Amalgama () Resina
() Corona () Incrustación () Otros: _____

EXAMEN CLÍNICO: Semiología objetiva (especificar o marcar con "X" según sea el caso)

EXAMEN RADIOGRÁFICO: (especificar o marcar con "X" según sea el caso)

Exposición pulpar: () Bacteriana () Física () Química
() Tratamiento de urgencia () Movilidad () Cambio de color
() Bolsa periodontal _____ mm.

Palpación periapical: () Normal () Inflamado
Aumento de volumen: () Blanda () Dura () Fluctuante
Tracto fistuloso: () Intraoral () Extraoral

PRUEBAS DE VITALIDAD (síntomas presentes)

	Persistente	Fugaz	Localizado	Irradiado	Tiempo
Frío					
Calor					
Percusión horizontal					
Percusión vertical					
Oclusión					

Cámara pulpar: () Normal () Amplia
() Calcificada () Nódulos () Nódulos
Conducto radicular: () Normal () Amplio
() Estrecho () Calcificado () Nódulos
() Inmaduros () Resorción () Obturado
Número de conductos: _____
Raíz: () Recta () Curva () Acodada
() Bayoneta

Zona periapical.

Espacio del ligamento periodontal:

() Normal () Ensanchado () Hipercementosis
() Rarefacción difusa () Rarefacción circunscrita
() Resorción periapical () Osteoesclerosis

Fractura radicular:

() Tercio cervical () Tercio medio
() Tercio apical

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Diagnóstico pulpar presuntivo _____ Diagnóstico pulpar presuntivo _____
Diagnóstico periapical _____ Tratamiento indicado _____
Pronóstico _____ Observaciones _____

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Diente #	Conducto	Tentativa	Rectificada	Definitiva	Punto de referencia	Último instrumento	Cono principal
	Único						
	Bucal						
	Lingual						
	Palatino						

Técnica de obturación: _____

Material empleado: _____

Accidentes transoperatorios: _____

Observaciones: _____

CONTROL Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

PROCEDIMIENTO	FIRMA DEL DOCENTE	FECHA
DIAGNÓSTICO		
PLAN DE TRATAMIENTO		
ACCESO		
CONDUCTOMETRÍA		
PREPARACIÓN BIOMECÁNICA		
CONOMETRÍA		
OBTURACIÓN		
PREPARACIÓN PREPROTÉSICA		

Observaciones: _____



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	EDAD	TELÉFONO (S) DE CONTACTO	

ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO		TELÉFONO (S) DE CONTACTO		

ANTECEDENTES DE EXPERIENCIA DE TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS PREVIOS

Describir lo indicado por el paciente: _____

INTERROGATORIO (marcar "X" según sea el caso)

- () Bruxismo () Sensibilidad al frío () Sensibilidad al calor () Dolor provocado () Dolor espontáneo
 () Dolor a la percusión horizontal () Dolor a la percusión vertical () Sangrado
 () Movilidad dentaria () Sensibilidad a dulce/ácido

ANÁLISIS OCLUSAL (describir o marcar "X" según sea el caso)

Clasificación de Angle (clase I, clase II, clase III, no valorable (NV):

_____ molar derecho _____ molar izquierdo _____ canino derecho _____ canino izquierdo

Sobremordida vertical (Overbite): _____ mm. **Sobremordida horizontal (Overjet):** _____ mm.

Mordida borde a borde: () SI () NO **Mordida abierta:** () SI () NO () anterior () posterior

Mordida cruzada: () Anterior () Posterior () Derecha () Izquierda

Línea mediadental: () Normal () Desviada a la derecha () Desviada a la izquierda

Línea media facial: () Coincide con la línea media facial () Desviada a la derecha () Desviada a la izquierda

Guía canina derecha: () SI () NO

Guía canina izquierda: () SI () NO

Observaciones: _____

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL (marcar "X" según sea el caso)

1. **Procesos alveolares:** () Regulares () Irregulares () Torus mandibular/maxilar

2. **Dentición:** () Mixta () Permanente () Completa () En erupción () Anodoncia parcial

() Diastema () Apilamiento () Giroversión () Abrasión () Atricción

() Erosión () Abfracción () Caries () Fracturas () Manchas extrínsecas

() Manchas intrínsecas () Hipoplasias () Amelogénesis

Observaciones: _____

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL *continuación* (marcar "X" según sea el caso)

3. Análisis endo-periodontal:

Movilidad: () Localizada () Generalizada () Leve () Moderada () Severa

Observaciones: _____

Cálculo dental: () Supragingival () Subgingival () Sangrado gingival

Observaciones: _____

Exposición de furcas: () SI () NO () Localizada () Generalizada

Observaciones: _____

Sensibilidad: () Frío () Caliente () Dulce/ácido

Dolor: () A la percusión vertical () A la percusión horizontal

Observaciones: _____

ODONTOGRAMA

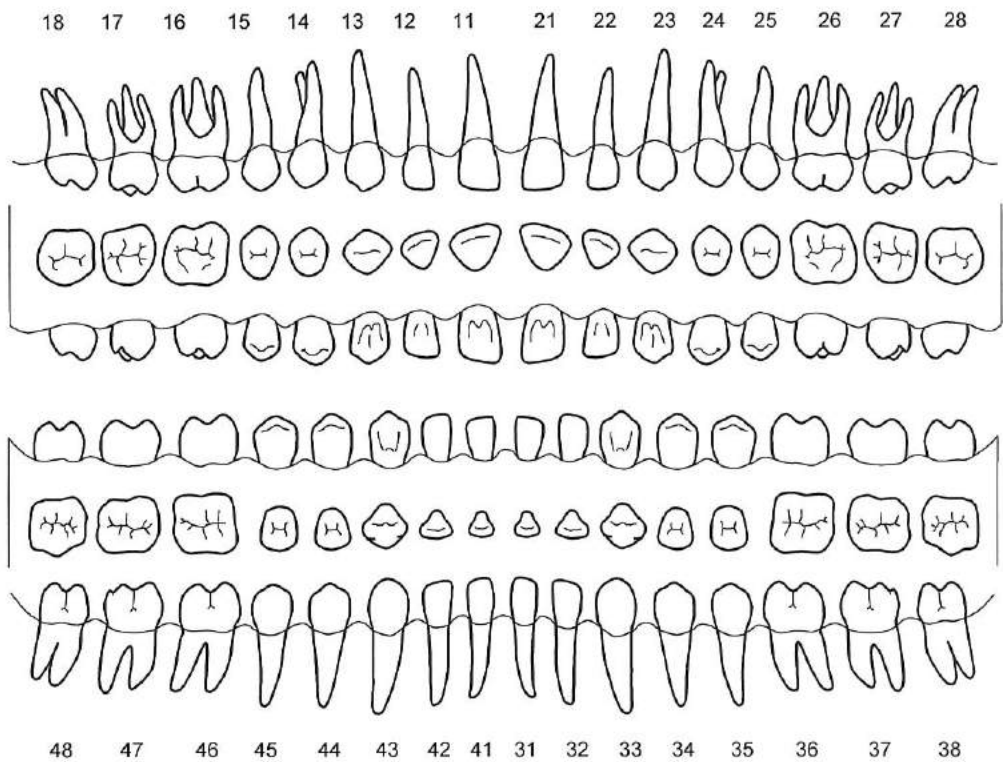
Fichado dental

• Color azul

Restauraciones presentes

• Color rojo

Necesidad de tratamiento



Observaciones: _____

INTERCONSULTA

() SI () NO Especificar el (las) área (s): _____

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO

PLAN DE TRATAMIENTO

18				28
17				27
16				26
15	55		65	25
14	54		64	24
13	53		63	23
12	52		62	22
11	51		61	21
41	81		71	31
42	82		72	32
43	83		73	33
44	84		74	34
45	85		75	35
46				36
47				37
48				38

Observaciones: _____

Autorización del docente (nombre y firma)

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

Conformidad del paciente (nombre y firma)

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	EDAD	TELÉFONO (S) DE CONTACTO	

ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO		TELÉFONO (S) DE CONTACTO		

ANTECEDENTES DE EXPERIENCIA DE TRATAMIENTOS RESTAURATIVOS PREVIOS

Describir lo indicado por el paciente: _____

ANÁLISIS OCLUSAL (describir o marcar "X" según sea el caso)

Clasificación de Angle (clase I, clase II, clase III, no valorable (NV):

_____ molar derecho _____ molar izquierdo _____ canino derecho _____ canino izquierdo

Guía canina (presente, ausente, no valorable (NV): _____ derecha _____ izquierda

Mordida abierta: () anterior () posterior **Mordida borde a borde:** () SI () NO

Mordida cruzada: () anterior () posterior () derecha () izquierda

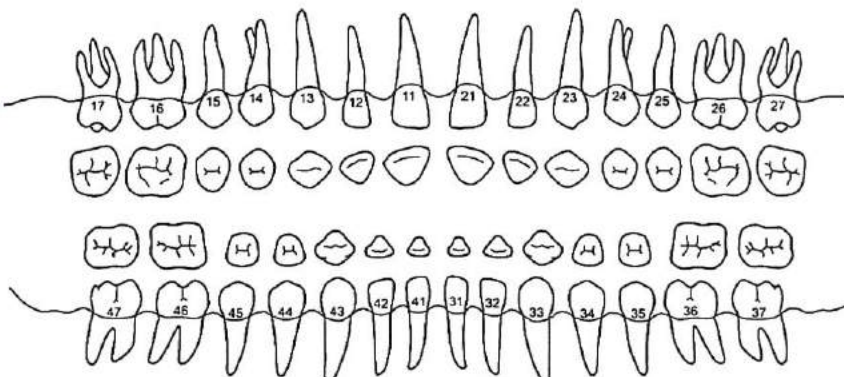
Línea media (normal, desviada a la derecha, desviada a la izquierda): **Overbite:** _____ mm. **Overjet:** _____ mm.

_____ línea media _____ línea media facial

ODONTOGRAMA

Análisis clínico y radiográfico de los dientes pilares y zonas adyacentes: (nivel de inserción gingival, sondeo, movilidad, altura de la cresta ósea, lesiones cervicales no cariosas, caries, restauraciones, pruebas de vitalidad pulpar, giroversión, intrusión, extrusión, invasión del espacio edéntulo)

- Ausencia de diente
- Caries (en rojo)
- Margen gingival (en rojo)
- Intrusión
- Extrusión
- Diastema
- Restauración
- Malposición
- I, II, III Movilidad
- Frenillo alterado
- Prótesis fija / implante
- Prótesis removible



- Fractura (en azul)
- Dolor a la percusión horizontal
- Dolor a la percusión vertical
- Diente a extraer
- Obturación radicular
- Zona radiopaca
- Zona radiolúcida
- Desgaste dental (en rojo)

PLAN DE TRATAMIENTO PROTÉSICO (describir o marcar "X" según sea el caso)

Tratamiento indicado: _____
 Dientes pilares: _____ Dientes ausentes: _____
 Tipo de pónico: _____ Material restaurativo: _____
 Tipo de terminación marginal: _____ Ubicación de la terminación: _____
 Reconstrucción de pilares: () SI () NO Tipo de reconstrucción: _____
 Color: _____ Colorímetro: _____

Se requiere interconsulta: () SI () NO

Observaciones: _____

Nombre del paciente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del docente: _____ Firma: _____ Fecha: _____

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	EDAD	TELÉFONO (S) DE CONTACTO	

ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO		TELÉFONO (S) DE CONTACTO		

ANTECEDENTES PROTÉSICOS (describir o marcar "X" según sea el caso)

1. Prótesis parcial removible: () SI () NO Tipo de material: _____
2. Prótesis total: () SI () NO Experiencia con las dentaduras actuales: _____

EXAMEN GENERAL (describir o marcar "X" según sea el caso)

1. Habilidad neuromuscular:
 Habilidad motriz: () Buena () Mala Observaciones: _____
 Articulación de lenguaje: () Buena () Mala Observaciones: _____
2. Apariencia general:
 Índice cosmético: () Alto () Medio () Bajo Postura: _____
 Forma de cara: () Cuadrada () Redonda () Triangular Combinada: _____
 Tez: _____ Cabello: _____ Ojos: _____ Labios: _____

ATM Y EVALUACIÓN MUSCULAR

Movimiento mandibular (limitación, desviación, dolor, ruidos articulares)

Descripción: _____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (describir o marcar "X" según sea el caso)

1. Plano de oclusión: () Normal () Alterado () No aplica Especificar: _____
2. Facetas de desgaste: () SI () NO Tipo: _____
3. Compatibilidad de arcos: () Simetría Especificar: _____
4. Forma de arco: () Cuadrado () Redondo () Triangular
5. Profundidad de paladar: () Suave () Medio () Profundo
6. Clasificación de Atwood: () Clase 3 () Clase 4 () Clase 5 () Clase 6
7. Altura de reborde: Anterior: _____mm. Posterior derecho: _____mm. Posterior izquierdo _____mm.
8. Torus/Exostosis: () SI () NO Especificar: _____
9. Épulis: () SI () NO Especificar: _____
- 10 Cresta móvil: () SI () NO Especificar: _____

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS (describir o marcar "X" según sea el caso)

1. **Altura de reborde:** Anterior: _____ mm. Posterior derecho: _____ mm. Posterior izquierdo _____ mm.
2. **Restos radiculares:** () SI () NO Especificar: _____
3. **Dientes retenidos:** () SI () NO Especificar: _____
4. **Lesiones radiopacas:** () SI () NO Especificar: _____
5. **Lesiones radiolúcidas:** () SI () NO Especificar: _____
6. **Otros (describir):** _____

TRATAMIENTO PROTÉSICO

Diagnóstico protésico

Tratamiento preprotésico

Periodontal: _____

Endodóntico: _____

Quirúrgico: _____

Restaurador: _____

Tratamiento protésico

Tipo de prótesis: () Prótesis parcial removible () Prótesis total

Material indicado: _____

Tratamiento protésico

Tipo de soporte: () Dentosoportado () Muco-dentosoportado () Mucosoportado

Observaciones: _____

ELEMENTO DE LA PPR

Conector mayor

Superior: _____

Inferior: _____

Retenedores directos

Superior: _____

Inferior: _____

Retenedores indirecto

Superior: _____

Inferior: _____

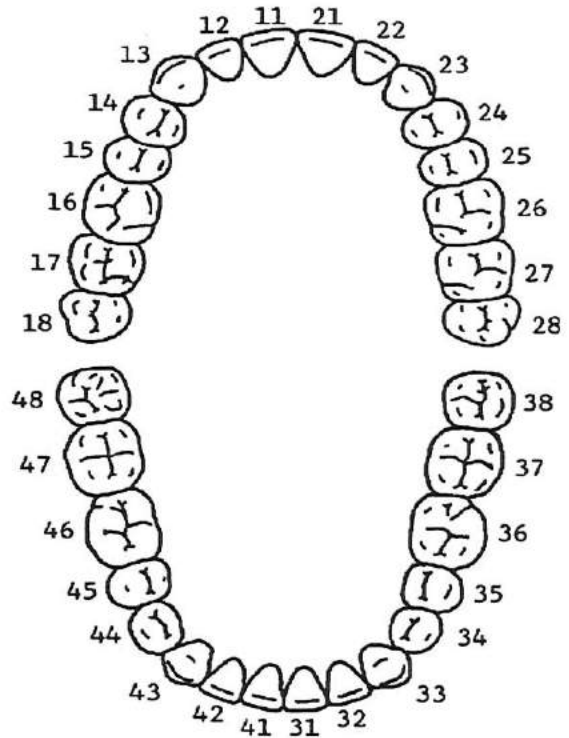
Base protésica

Superior: _____

Inferior: _____

DISEÑO DE LA PPR

Superior	Clasificación:	Modificación:
-----------------	-----------------------	----------------------



Inferior	Clasificación:	Modificación:
-----------------	-----------------------	----------------------

Fecha ___ / ___ / ___
DÍA MES AÑO

Autorización Docente (nombre y firma)

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali

FICHA CLÍNICA DE
ODONTOPEDIATRÍA Y ORTODONCIA PREVENTIVA

NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
OTRO NOMBRE	EDAD	GRADO ESCOLAR

ALUMNO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
MATRICULA	SEMESTRE / GRUPO	TELEFONO(S) DE CONTACTO

Nombre del padre: _____
Profesión del padre: _____

Nombre de la madre: _____
Profesión de la madre: _____

INTERROGATORIO (describir o marcar con "X" según corresponda)

Enfermedades sistémicas que padece el paciente y que puede influir en su tratamiento: _____

Lactancia materna: SI () NO () Duración: _____ Uso chupón: SI () NO () Duración: _____
Biberón: SI () NO () Duración: _____ Agregados al biberón: SI () NO () Chocolate () Miel () Jugos () otros: ()
Tratamiento dental previo: SI () NO () Experiencia: Favorable () Desfavorable () Cepilla sus dientes: SI () NO ()
Supervisión o ayuda: SI () NO () Veces al día: Una () Dos () Tres () Mas de tres () Cepillado: Bueno () Regular () Malo ()
Alimentos que ingiere el niño al menos una vez al día: Pasteles () Chicles () Chiclosos () Azúcar pura () Chocolates ()
Soda () Churritos () Dulce () Limones ()

EVALUACIÓN DEL PACIENTE (describir o marcar con "X" según corresponda)

Alteración en el habla: SI () NO () Especifique: _____
Alteración en la fonación: SI () NO () Especifique: _____
Tipo de deglución: Típica () Atípica () Tipo de Respiración: Nasal () Bucal () Sonido ()
Hábitos: Chupón: () Succión digital () Morder objetos () Labios: Succión () Compresión () Mordisqueo () Onicofagia ()
Bruxismo () Apretamiento () Posición al dormir: _____
Frecuencia en que se presenta el día: _____
Perfil Facial: Recto () Cóncavo () Convexo () Sobre mordida horizontal : _____ mm Sobre mordida vertical: _____ mm
Mordida borde a borde: SI () NO () Mordida abierta : SI () NO () _____ mm
Desviación línea media: Superior SI () NO () Der. _____ mm Izq. _____ mm Inferior SI () NO () Der. _____ mm Izq. _____ mm
Mordida cruzada: SI () NO () Anterior () Posterior () Unilateral () Bilateral ()
Apiñamiento anterior: SI () NO () Maxilar () Mandibular () Espacios Primates: () Superior () Inferior ()

Plano terminal (dentición temporal)

	Der	Izq	mm
Recto			
Mesial			
Distal			

Clase molar (dentición mixta)

	Der	Izq
Clase I		
Clase II		
Clase III		

TRATAMIENTO ORTODÓNTICO PREVENTIVO O INTERCEPTIVO

Requiere el tratamiento: SI () NO () Motivo: _____

Tipo de tratamiento

Mantenedor de espacio: SI () NO () Indicar en que órgano dental _____

Interceptor de habito: Interceptor de lengua () Succión digital () Succión labial () otro: _____

Remitir a especialidad de ortodoncia: SI () NO () Motivo: _____

VALORACIÓN DEL PACIENTE

O.D.	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRATAMIENTO
51 11		
52 12		
53 13		
54 14		
55 15		
16		
17		

O.D.	DIAGNÓSTICO	PLAN DE TRATAMIENTO
61 21		
62 22		
63 23		
64 24		
65 25		
26		
27		

81 41		
82 42		
83 43		
84 44		
85 45		
46		
47		

71 31		
7232		
73 33		
74 34		
75 35		
36		
37		

CONTROL DE PLACA

Fecha	Evaluación	Firma	Fecha	Evaluación	Firma	Fecha	Evaluación	Firma
1			2			3		

CONTROL DE CITAS

	FECHA	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Autorización inicial: _____ Autorización final: _____

Observaciones: _____



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

PACIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
NOMBRE (S)	EDAD	TELÉFONO (S) DE CONTACTO	

ALUMNO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE (S)	
MATRÍCULA	SEMESTRE / GRUPO		TELÉFONO (S) DE CONTACTO		

ODONTOGRAMA

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
A																
D																
VESTIBULAR																
PALATINO																
A																
D																
LINGUAL																
VESTIBULAR																
A																
D																

- Ausencia de diente
- Caries (en rojo)
- Margen gingival (en rojo)
- Intrusión
- Extrusión
- Diastema
- Restauración
- Malposición
- I, II, III Movilidad
- Frenillo alterado
- Prótesis fija / implante
- Prótesis removible
- Fractura (en azul)
- Dolor a la percusión horizontal
- Dolor a la percusión vertical
- Diente a extraer
- Obturación radicular
- Zona radiopaca
- Zona radiolúcida
- Desgaste dental (en rojo)
- Sangrado
- Exudado
- Furcación

Nota: dibuja los terceros molares, dientes retenidos y supernumerarios (SN) en su posición actual.

CONTROL DE PLACA INICIAL

FECHA

No. de dientes	No. de caras								Control								Porcentaje														
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Autorización del docente
(nombre y firma)

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Interconsulta

SI
 NO

() Periodoncia () Endodoncia () Cirugía () Ortodoncia () Prostodoncia () Otros

Observaciones: _____

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE: Evaluación inicial

FECHA	TRATAMIENTO	OBSERVACIONES	AUTORIZACIÓN DOCENTE
	Eliminación de sarro y profilaxis		
	Autorización de radiografías		
	Autorización de modelos articulados (2)		
	Autorización de fotografía clínicas		

DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

PERIODONCIA	Diagnóstico: _____ Etiología: _____ Plan de tratamiento: _____ Pronóstico: _____
ENDODONCIA	Diagnóstico: _____ Etiología: _____ Plan de tratamiento: _____ Pronóstico: _____
CIRUGÍA	Diagnóstico: _____ Etiología: _____ Plan de tratamiento: _____ Pronóstico: _____
RESTAURADORA	Diagnóstico: _____ Etiología: _____ Plan de tratamiento: _____ Pronóstico: _____
PRÓTESIS FIJA	Diagnóstico: _____ Etiología: _____ Plan de tratamiento: _____ Pronóstico: _____
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE PRÓTESIS TOTAL	Diagnóstico: _____ Etiología: _____ Plan de tratamiento: _____ Pronóstico: _____

Observaciones: _____

 Autorización Docente (nombre y firma)

Fecha ____ / ____ / ____
 DÍA MES AÑO

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO



NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

ALUMNO

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____
MATRÍCULA: _____ SEMESTRE Y GRUPO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

PACIENTE

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
NOMBRE (S) _____ EDAD _____ TELÉFONO (S) DE CONTACTO _____

EXAMEN FUNCIONAL DE HÁBITOS (describir o marcar "X" según sea el caso)

1. Alteración en el habla: () SI () NO Observaciones: _____
2. Alteración en la fonación: () SI () NO Observaciones: _____
3. Masticación: () Bilateral () Unilateral **Sellado labial:** () SI () NO Observaciones: _____
4. Tipo de deglución: () Típica () Atípica () Visceral () Somática Observaciones: _____
5. Tipo de respiración: () Nasal () Bucal () Sonidos Observaciones: _____
6. Hábitos: () Chupón () Succión digital () Objetos () Uñas **En labios:** () Succión () Compresión
() Mordisqueo () Onicofagia () Bruxismo () Apretamiento **Posición al dormir:** _____
Observaciones: _____

TEJIDOS BLANDOS

ANÁLISIS	NORMA	INICIO	AVANCE	FINAL
1. ANÁLISIS SAGITAL				
Distancia LS a SnV	+ 2 a + 4 mm			
Distancia Llna SnV	0 a + 2 mm			
Distancia Pg a SnV	0 a - 4 mm			
A - B	4 mm +_ 2 mm			
B - Po	2 mm +_ 2 mm			
Proporción altura facial inferior con longitud mentón cervical	1 : 0.8			
PROYECCIÓN NASAL				
Sn a PN	16 a 20 mm			
Relación de Goode	0.55 a 0.60			
2. ANÁLISIS VERTICAL				
Proporción entre la mitad ↑ e ↓ de la cara	1 : 1			
Proporción entre 1/3 medio y el inferior del rostro	43% / 57%			
Proporción vertical entre labio superior e inferior	1 : 2*			
Gap o Separación Inter-labial	0 a 3 mm			
Exposición del incisivo ↑ con el labio ↑ en reposo	3 a 5 mm			

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

HARVOLD	NORMAL (CA)	NORMAL (SA)	INICIO	AVANCE	FINAL
Longitud Mandibular	114 mm				
Longitud Maxilar	90mm				
Diferencia	24 mm				
Altura Facial Anterior Inferior					
Altura Facial Anterior Superior					
Proporción Facial Vertical	.81				

EXAMEN MUSCULAR

MÚSCULO	DERECHO (asintomático)	IZQUIERDO (sintomático)	OBSERVACIONES
Masetero			
Temporal			
Pterigoideo externo			
Pterigoideo interno			
Suprahioideos			
Posterior / lateral del cuello			

EXAMEN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

PARÁMETRO	SI	NO		PARÁMETRO	SI	NO
Asintomático				Patrón anormal a la apertura		
Chasquido				Patrón anormal al cierre		
Crepitación				Dolor de la nuca frecuente		
Subluxación			OTROS SÍNTOMAS	Dolor a nivel de oídos		
Dolor a la apertura						
Dolor al cierre						
Observaciones:						

Máxima apertura: _____ mm. Máxima lateralidad derecha: _____ mm. Máxima lateralidad izquierda: _____ mm.

Tratamientos previos () SI () NO Describir: _____

DIAGNÓSTICO DE IMAGEN

PERIAPICAL	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
PANORÁMICA	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
LATERAL DE CRÁNEO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
TOMOGRAFÍA	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OTRO (especificar)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

STEINER	NORMA	INICIO	AVANCE	FINAL
Ángulo SNA	82°			
Ángulo SNB	80°			
Ángulo ANB	2°			
Ángulo SND	76° a 77°			
Incisivo Superior a SN	104°			
Incisivo Superior a NA (lineal)	4 mm			
Incisivo Superior a NA (ángulo)	22°			
Incisivo Inferior a NB (lineal)	4 mm			
Incisivo Inferior a NB (ángulo)	25°			
Ángulo interincisal	131°			
Ángulo del plano oclusal	14°			
Ángulo plano mandibular	32°			
Segmento S-L	----			
Segmento S-E	----			

JARABAK	NORMAL	INICIO	AVANCE	FINAL
Ángulo de la Silla (N-S-Ar)	123° +/-5°			
Ángulo Articular(S-Ar-Go)	143° +/- 6°			
Ángulo Goniaco (Ar-Go-Me)	130° +/- 7°			
Ángulo Goniaco Superior (Ar-Go-Me)	52° a 55°			
Ángulo Goniaco Inferior (N-Go-Me)	70° a 75°			
Base Craneal Anterior (S-N) Aumenta: 1 mm por año en hombres 0.7 mm por año en mujeres	71 mm +/- 3mm			
Base Craneal Posterior (S- Ar) Aumenta: 0.5 mm por año en hombres 0.4 mm por año en mujeres	32mm +/- 3mm			
Altura de la Rama (Ar-Go) Aumenta: 1 mm por año en hombres 0.7 mm por año en mujeres	44mm +/- 5mm			
Longitud el Cuerpo Mandibular Aumenta: 1.1 mm por año en hombres 0.7 mm por año en mujeres	71mm +/- 5mm			
RELACIÓN ENTRE MEDIDAS LINEALES				
Base Craneal Anterior (S-N) –Longitud del Cuerpo Mandibular	1 : 1			
Base Craneal Posterior (Ar-S) – Altura de la Rama (Ar–Go)	3 : 4 *Idealmente 3:5			
A F P(Go-S)/A F A (Na – Me) = X 100 a) Crecimiento en el sentido de las manecillas del reloj b) Crecimiento directo hacia abajo c) Crecimiento en el sentido contrario de las manecillas del reloj	a) 54 a 58% b) 59 a 63% c) 64 a 80%			
Inc. Superior a ENP-ENA	110+- 2			
Inc. Inferior a Plano Mandibular	90+-2			

DOWNS	NORMA	INICIO	AVANCE	FINAL
Ángulo facial (NPo-FH)	87°			
Ángulo de convexidad (NAPo)	0°			
Plano A-B (A-B a NPo)	-4.78°			
Ángulo del plano Mandibular	22°			
Ángulo de Eje Y (S-Gn a FH)	59°			
Ángulo del plano oclusal (OP-FH)	9°			
Ángulo Interincisal (1 - 1)	135°			
Incisivo Inferior a Plano Oclusal	14°			
Incisivo Inferior a Plano Mandibular	91.4°			
Incisivo Superior a Plano AP	2.7 mm			

RICKETTS	NORMAL	DESVIACIÓN CLÍNICA	INICIO	AVANCE	FINAL
MAXILAR INFERIOR					
Eje facial	90+ ⁻³ °	-----			
Profundidad facial	87°+ ⁻³ °	Aumenta 0.3°/año			
Plano mandibular	26°+ ⁻⁴ °	Disminuye 0.3°/año			
Altura facial inferior	47°+ ⁻⁴ °	-----			
Arco mandibular	26°+ ⁻⁴ °				
MAXILAR SUPERIOR					
Convexidad facial	2 + ⁻² mm	Disminuye 0.2mm/año			
Profundidad maxilar	90°+ ⁻³ °	-----			
Altura Maxilar	53°+ ⁻³ °	Aumenta 0.5°/año			
Incisivo inferior a A-Po	1mm + ⁻² mm	-----			
Inclinación incisivo inferior	22°+ ⁻⁴ °	-----			
Posición molar superior aPTV	Edad +3 + ⁻³ mm	Aumenta 1mm/año			
Extrusión inferior	1mm + ^{-1.25} mm	-----			
Ángulo interincisal	130° + ⁻¹⁰ °	-----			
PERFIL BLANDO					
Protrusión Labio Inferior	-2mm + ⁻² mm	-----			

VERT	NORMA	DESVIACIÓN CLÍNICA	MEDIDA PACIENTE	DIFERENCIA	DESVIACIÓN PACIENTE
EjeFacial	90°				
Profundidad Facial	87°				
Plano Mandibular	26°				
AFI	47°				
Arco Mandibular	26°				

VERT	
TIPO	

DIAGNÓSTICO CEFALOMÉTRICO

SAGITAL	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
VERTICAL	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
HORIZONTAL	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
OTRO	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

ANÁLISIS DE MONTAJE CERCANO A RELACIÓN CÉNTRICA

REGISTRO DE POSICIÓN CONDILAR



Fecha de registro inicial ____ / ____ / ____
 DÍA MES AÑO

REGISTRO INICIAL

Derecha (-)	Izquierda (-)
 (-) (+)	 (+) (-)
(+) x: mm z: mm	(+) x: mm z: mm
PROMEDIOS X: mm (Horz) Z: mm (Vert) TRANSVERSAL Izquierdo Derecho	
Y: mm	

REGISTRO FINAL

Derecha (-)	Izquierda (-)
 (-) (+)	 (+) (-)
(+) x: mm z: mm	(+) x: mm z: mm
PROMEDIOS X: mm (Horz) Z: mm (Vert) TRANSVERSAL Izquierdo Derecho	
Y: mm	

ANÁLISIS DE MONTAJE

--	--

VERTICAL	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
HORIZONTAL	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
TRANSVERSAL	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

FORMA DE ARCO	SUPERIOR	INFERIOR	ROTACIONES	SI	NO
Cuadrado			Superior		
Elipsoidal			Dientes:		
Triangular			Inferior		
Otro:			Dientes:		
Asimétrico			Curva de Spee		
Simétrico			Izquierda		
			Derecha		
Apiñamiento			Paladar	() Profundo	() Normal

15	14	13	12	11	21	22	23	24	25

_____ mm de espacio necesario

Longitud de arco superior: _____ mm

Discrepancia superior: _____ mm

45	44	43	42	41	31	32	33	34	35

_____ mm de espacio necesario

Longitud de arco inferior _____ mm

Discrepancia inferior: _____ mm

Overall ratio (12) 91.3% +/- 0.26%

Anterior / ratio 86) 77.2% +/- 0.22%

Suma mandibular _____
Suma maxilar _____

Suma mandibular _____
Suma maxilar _____

ANÁLISIS DE MOYERS

Diente	42	41	31	32
Anchura mesiovestibular				

Suma de anchura (Slu): _____

	Mando		MS	
	Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
Espacio disponible tras ajustar los incisivos				
Demanda de espacio				
Diferencia				
Discrepancia / maxilar				

DIAGNÓSTICO

	SAGITAL	VERTICAL	HORIZONTAL
TEJIDOS BLANDOS			
ESQUELÉTICO			
DENTAL			
ATM			
HÁBITOS Y FUNCIÓN			

PLAN DE TRATAMIENTO DEL CASO

LISTA DE PROBLEMAS	OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

	Ortopedia	Ortodoncia	Quirúrgico
Fase y tipo (especificar)			
Multidisciplina <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	() Cirugía/patología () Prótesis () Periodoncia () Endodoncia () Otro: _____ <i>Se debe anexar hoja de diagnóstico, plan de tratamiento y seguimiento interdisciplinario firmado por el instructor del área</i>		
Tratamiento articular			

Tratamiento ortodóntico

Uso de aparatos extraorales	() Arco extraoral () Máscara de protracción maxilar () Otro: _____
Control vertical	() SI () NO Mediante: _____ Terapia de hábito: _____
Tipo de anclaje	Mediante: _____ Duración: _____ meses
Expansión	() SI () NO Tipo: _____ Mediante: _____ Cantidad: _____ mm
Extracciones	() SI () NO O.D: _____ Desgaste interproximal: _____ de _____ mm Zona: _____
Prescripción	() Roth .022 () MBT .022 () Alexander .018 Autoligado: _____ tipo: _____

TRATAMIENTO

Fase I: Inicio, alineación y nivelación	_____ _____ _____ _____
Fase II	_____ _____ _____ _____
Fase III: Asentamiento y finalización	_____ _____ _____ _____

SECUENCIA TENTATIVA DE ARCOS (especificar calibre y tipo)

FASE I	FASE II	FASE III
Tipo de retención		

TRATAMIENTO

<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Reservado	Tiempo aproximado de tratamiento: _____ citas
------------------------------------	------------------------------------	--

NOTA INFORMATIVA PARA EL PACIENTE

1. En caso de que el paciente, despegue, rompa, o pierda; brackets, bandas, arcos y aparatos intra o extraorales, que se le haya colocado, se realizará un cargo extra, de acuerdo con el valor del aditamento.
2. En caso de que el tiempo de tratamiento se vea afectado debido a faltas continuas del paciente a sus citas, falta de higiene o cooperación en el uso de aditamentos indicados por el ortodoncista, el costo del tratamiento sufrirá un cargo extra que será de acuerdo con los meses perdidos.
3. El día y la hora asignadas para mi tratamiento están establecidas según la estructura de organización del programa de ortodoncia, por lo tanto, mis citas serán solo en el día de la semana (lunes, martes, miércoles, jueves o viernes), que se me indique solo a expensas de una situación especial que la Universidad determine, se realizara cambio de este día.
4. El tiempo de duración del alumno dentro del programa de Ortodoncia en la Facultad es dos años, motivo por el cual, algunos pacientes, deberán ser, dadas las circunstancias y según se juzgue conveniente, tratado por una o más generaciones. Por lo que al momento que el alumno que inicio el tratamiento termine su internado dentro del programa, el caso tendrá que ser asignado a un nuevo alumno.
5. En caso de que el paciente se ausente por más de tres meses continuos a su tratamiento o falte a sus citas frecuentemente sin aviso, el paciente podrá ser dado de baja del programa y la Facultad no se hará responsable de los efectos o complicaciones, que se presenten en los tejidos periodontales, dentales o Articulación Temporomandibular.
6. Observaciones y/o cláusulas adicionales (dependiendo del caso).

Nombre y firma del paciente o su representante legal

Nombre y firma de testigo

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO



CARTA DE COOPERACIÓN DEL PACIENTE

Es importante para pacientes con tratamiento de ortodoncia se comprometan con el buen uso y cuidado de la aparatología asociada a su tratamiento, para lo cual es necesario:

- Mantener sus citas
- Mantener su boca limpia y cepillarse adecuadamente.
- Evitar hábitos que puedan dañar brackets, bandas, tubos y arcos.
- Usar ligas si son necesarias

También es importante que los padres o tutores que cuidan al paciente:

- Ayuden al paciente a recordar sus citas.
- Se aseguren de que todos los pagos se reflejen a tiempo

En caso de baja cooperación del paciente, ya sea por cualquier bracket, banda o tubo despegado, perdido o que se dañe por no seguir las instrucciones de tipos de alimentación, así como los arcos dañados, se generará una cuota adicional de pago por el reemplazo de los mismos.

Si el paciente y/o sus padres o tutor no se comprometen con el tratamiento, se podrá discontinuar y dar de baja la atención prestada.

Si esto sucede, usted tiene tres opciones:

1. Puede buscar un nuevo ortodoncista, por lo que tendrá que pagar todos los cargos que resulten de este cambio.
2. Puede prometer poner de su parte y permanecer con el tratamiento en el programa de ortodoncia; para hacer esto, debe hacer todos los pagos que no se han generado.
3. Puede terminar anticipadamente el tratamiento, esto significa que el paciente se le quitarán los aparatos de ortodoncia, se le pondrá un retenedor y se le pedirá que pague los cobros atrasados.

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

Paciente o tutor (nombre y firma)

Testigo (nombre y firma)

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO

ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE

FECHA	PAGO A REALIZAR	ALUMNO / DOCENTE Nombre y firma de autorización		FOLIO RECIBO DE PAGO
	Pago de admisión			
	Pago de expediente clínico			
	Apertura de tratamiento: () Fase I () Fase II			
	Primer anticipo			
	Segundo anticipo			
	Tomografía inicial (incluida en el pago del primer anticipo)			
	Tomografía intermedia (incluida en el pago del segundo anticipo)			
	Tomografía final (incluida en el pago del segundo anticipo)			

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES

SEGUIMIENTO CLÍNICO POSGRADO DE ORTODONCIA

NÚMERO DE EXPEDIENTE	
NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL ALUMNO	
NOMBRE DEL DOCENTE	

Uso de aparatos extraorales () Arco extraoral () Máscara de protracción maxilar () Otro: _____	
Mediante: _____	Mediante: _____
Extracciones () SI () NO	Control vertical
Duración: _____ meses	Mediante: _____
Desgaste interproximal: _____ de _____ mm	Tipo: _____
Zona: _____	Prescripción
	Cantidad: _____ mm

FECHA	H. Oral B R M	ARCO	Bx. o banda descementado	Tratamiento realizado	Elásticos	Tratamiento próxima cita	No. cita	Firma del docente	Prox. Cita. Firma del paciente
	U		U		7654321 1234567 7654321 1234567 Tamaño: onzas:				
	L		L						
	U		U		7654321 1234567 7654321 1234567 Tamaño: onzas:				
	L		L						
	U		U		7654321 1234567 7654321 1234567 Tamaño: onzas:				
	L		L						
	U		U		7654321 1234567 7654321 1234567 Tamaño: onzas:				
	L		L						
	U		U		7654321 1234567 7654321 1234567 Tamaño: onzas:				
	L		L						
	U		U		7654321 1234567 7654321 1234567 Tamaño: onzas:				
	L		L						

FECHA	H. Oral B R M	ARCO	Bx. o banda descementado	Tratamiento realizado	Elásticos	Tratamiento próxima cita	No. cita	Firma del docente	Prox. Cita. Firma del paciente



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
FICHA CLÍNICA ESPECIALIDAD EN PERIODONCIA

NÚMERO DE EXPEDIENTE

FECHA

ALUMNO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
MATRÍCULA: _____ SEMESTRE Y GRUPO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____		

PACIENTE

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
NOMBRE (S)	EDAD
TELÉFONO (S) DE CONTACTO	

PERIODONTOGRAMA

EXAMEN INICIAL

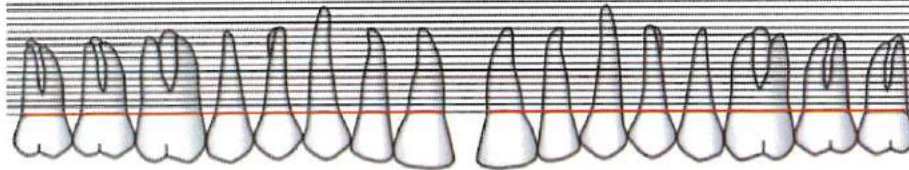
REEVALUACIÓN

18	17	16	15	14	13	12	11

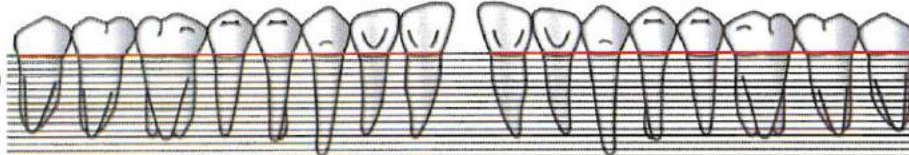
21	22	23	24	25	26	27	28

Movilidad
 Implante
 Defecto de furca
 Sangrado al sondaje
 Placa
 Margen gingival
 Profundidad de sondaje

VESTIBULAR



PALATINO

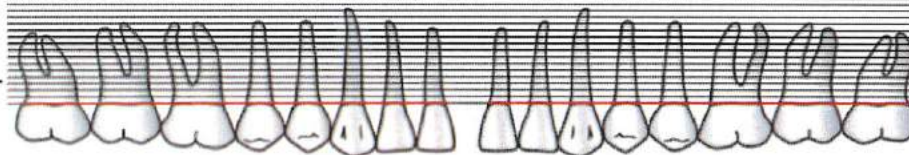


Margen gingival
 Profundidad de sondaje
 Placa
 Sangrado al sondaje
 Defecto de furca
 Nota

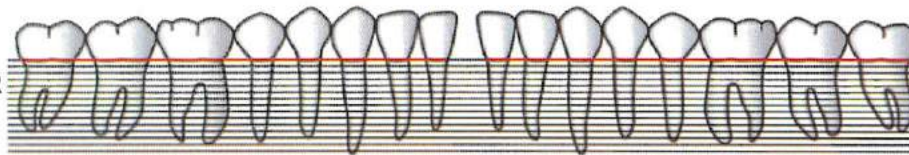
Profundidad de sondeo periodontal medio: _____ mm. Nivel de inserción medio: _____ mm.
 Índice de placa (%IP): _____ % de SAS.

Nota
 Defecto de furca
 Sangrado al sondaje
 Placa
 Margen gingival
 Profundidad de sondaje

LINGUAL



VESTIBULAR



48	47	46	45	44	43	42	41

31	32	33	34	35	36	37	38

Margen gingival
 Profundidad de sondaje
 Placa
 Sangrado al sondaje
 Defecto de furca
 Implante
 Movilidad

AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO PERIODONTAL (describir o marcar "X" según sea el caso)

1. Pérdida de inserción interdental en el sitio con mayor pérdida (estadio):

() 1 a 2 mm. () 3 a 4 mm. () ≥ 5 mm. () ≥ 5 mm. Observaciones: _____

2. Pérdida ósea radiográfica:

() < 15% () 15-33% () 34-100% () 34-100% Observaciones: _____

3. Pérdida de dientes asociada a periodontitis:

() 0 () 0 () ≥ 4 () ≤ 5 Observaciones: _____

4. Complejidad: () PS ≥ 4 mm. Defectos horizontales () PS ≤ 5 mm. Defectos horizontales

() PS ≥ 6 mm. Defectos verticales ≥ 3 mm. () PS ≥ 6 mm. Defectos verticales. () Movilidad ≥ 2 . Migración patológica. Disfunción masticatoria. Defecto de furca II o III. Defectos de furca II o III. Trauma oclusal 2° < 10 pares dientes en función

Observaciones: _____

5. Extensión: () Localizada: <30% () Generalizada: $\geq 31\%$ () Patrón molar - incisivo

Observaciones: _____

6. Pérdida ósea radiográfica en los últimos 5 años (grado): () Ausencia de pérdida () < 2mm. () ≥ 2 mm.

Observaciones: _____

7. Pérdida ósea en relación con la edad: () $\leq 0.24\%$ () 0.25 a 1% () > 1%

Observaciones: _____

8. Fenotipo:

() Nivel de película elevado con poca destrucción () Destrucción proporcional a niveles de biopelícula () Destrucción desproporcional a niveles de biopelícula

Observaciones: _____

9. Tabaquismo: () No fumador () < 10 cigarros al día () ≥ 10 cigarros al día

Observaciones: _____

10. Diabetes: () No diabético () HbA1c < 7% () HbA1c $\geq 7\%$

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO

HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS

PRONÓSTICO (marcar "X" según sea el caso)

Bueno	Favorable	Pobre	Cuestionable	Sin esperanza
<ul style="list-style-type: none"> • Tejidos de soporte periodontales adecuados. • Control de la etiología adecuado. • Cooperación del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de inserción leve. • Involucración de furca grado I. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de inserción moderada. • Involucración de furca I y II. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de inserción severa con mala proporción corona-raíz. • Involucración de furca grado I y II. • Movilidad $\geq 2^\circ$. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de inserción severa que hace imposible mantener el diente saludable. • Diente con destrucción tan severa que presenta pérdida de función.

PRONÓSTICO POR ÓRGANO DENTARIO

Bueno: _____

Favorable: _____

Pobre: _____

Cuestionable: _____

Sin esperanza: _____

PLAN DE TRATAMIENTO

Fase I	Fase II	Fase III

Observaciones: _____

Autorización Docente (nombre y firma)

Autorización Paciente (nombre y firma)

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

No. de dientes								No. de caras								Control								Porcentaje							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No. de dientes								No. de caras								Control								Porcentaje							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No. de dientes								No. de caras								Control								Porcentaje							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No. de dientes								No. de caras								Control								Porcentaje							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES



NÚMERO DE EXPEDIENTE _____

FECHA _____

ALUMNO

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE (S) _____
 MATRÍCULA: _____ SEMESTRE Y GRUPO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

PACIENTE

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____
 NOMBRE (S) _____ TELEFONO (S) DE CONTACTO _____

EXAMEN GENERAL (describir según sea el caso)

1. HÁBITOS ALIMENTICIOS (ingesta de bebidas carbonatas, etc.)
 Tipo de alimentos: _____
 Tipo de bebidas: _____

2. HÁBITOS PERNICIOSOS (mascar hielo, morderse las uñas, etc.)
 Especifique: _____

EXAMEN INTRAORAL (describir o marcar con "X" según sea el caso)

1. HABILIDAD NEUROMUSCULAR
 Articulación del lenguaje () Buena () Mala Coordinación neuromuscular () Buena () Media () Mala

2. APARIENCIA GENERAL
 Índice cosmético () Promedio () Alto () Bajo Postura () Encorvado () Recto
 ¿Necesita ayuda para caminar? Especificar _____

3. ACTITUD MENTAL. Especificar _____

4. CARA
 Forma: () Cuadrada () Redonda () Triangular Observaciones: _____
 Perfil: () Normal () Convexo () Cóncavo Observaciones: _____
 Cabello: Color _____ Ojos: Color _____ Observaciones: _____
 Labios: () Gruesos () Medianos () Delgados Observaciones: _____
 Tez: () Clara () Morena () Blanca Observaciones: _____
 Arrugas debido a: () Edad () Disminución de la D.V.O. Observaciones: _____
 Línea interpupilar: () Paralela () Inclinada Observaciones: _____
 Línea de comisura: () Paralela () Inclinada Observaciones: _____
 Tercios faciales: () Discrepantes () Equilibrados Observaciones: _____

5. SONRISA
 Exposición del diente en reposo: Maxilar _____ mm Mandibular _____ mm
 Curva incisal frente a labio inferior:
 () Convexa () Plana () Inversa () Contacto () Sin contacto () Cubriendo Observaciones: _____
 Línea de la sonrisa:
 () Media () Baja () Alta Exposición gingival: Der. _____ mm Izq. _____ mm Observaciones: _____
 Anchura de la sonrisa:
 () 6-8 () 10 () 12-14 Otro: _____

Pasillo labial:
 () Normal () Ancho () Ausente Otro: _____

Línea interincisal superior frente a línea media:
 () Coincidente () Desviación derecha _____ mm () Desviación izquierda _____ mm Observaciones: _____

Línea de plano oclusal:
 () Paralelo () Desviado derecha () Desviado izquierda Observaciones: _____

Línea interincisal maxilar frente a mandibular:
 () Coincidente () Desviación derecha _____ mm () Desviación izquierda _____ mm Observaciones: _____

EXAMEN INTRAORAL (describir o marcar con una "X" según sea el caso)

1. Exploración de grados de Mallampati: I () II () III () IV () Observaciones: _____

2. Forma y tamaño de arcos:
MAXILAR: Forma: () Ovoide () Cuadrado () Redondo Tamaño: () G () M () P Observaciones: _____
MANDÍBULA: Forma: () Ovoide () Cuadrado () Redondo Tamaño: () G () M () P Observaciones: _____

3. Forma del paladar: () "U" () "V" Observaciones: _____

4. Simetría de arcos:
MAXILAR: () Simétricos () Asimétricos Observaciones: _____
MANDÍBULA: () Simétricos () Asimétricos Observaciones: _____

5. Forma de los procesos (Clasificación de Atwood):
MAXILAR: () I () II () III () IV () V () VI Observaciones: _____
MANDÍBULA: () I () II () III () IV () V () VI Observaciones: _____

6. Mucosa bucal:
CARRILOS: _____
PALADAR DURO/BLANDO: _____
PISO DE BOCA: _____

7. Frenillos (observaciones): _____

8. Lengua:
Tamaño: () Normal () Macroglosia () Microglosia Observaciones: _____
Movilidad: () Normal () Hipermovilidad () Hipomovilidad Observaciones: _____
Posición: () Normal () Retraída () Adelantada Observaciones: _____

9. Saliva:
Calidad: () Normal () Fluida () Viscosa Observaciones: _____
Cantidad: () Normal () Xerostomía total () Xerostomía parcial () Sialorrea Observaciones: _____

10. Lesiones en mucosa (úlceras traumáticas, estomatitis subplaca, hiperplasia fibrosa inflamatoria, afta simple, herpes, etc.)

11. Implantología:
Número de implantes en boca: _____ Especificar ubicación: _____
Fechas de colocación del (los) implante (s): _____
Marca (s): _____
Longitud y diámetros: _____
Tipo de restauración: () Fija: _____ () Removible: _____

EXAMEN DE LA OCLUSIÓN DENTAL (describir o marcar con una "X" según sea el caso)

1. Clasificación de Angle:
() Clase I () Clase II Div. 1 () Clase II Div. 2 () Clase III Observaciones: _____

2. Curvas de compensación:
Curva de Wilson: _____
Curva de Spee: _____

3. Sobremordida:
Horizontal: _____ mm. Vertical: _____ mm. Observaciones: _____

4. Interferencia en lateralidad derecha:
Lado de balance: _____
Lado de trabajo: _____

5. Interferencia en lateralidad izquierda:
Lado de balance: _____
Lado de trabajo: _____

6. Interferencia protusiva (especifique): _____

7. Plano oclusal (especifique): _____

8. Mordida cruzada (especifique): _____

Autorización del docente (nombre y firma)

Fecha ____/____/____
DÍA MES AÑO

DIAGNÓSTICO. Examen clínico

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO

O.D.	DESCRIPCIÓN CLÍNICA
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO. Protocolo fotográfico

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO

EXTRAORAL	INTRAORAL
FRENTE: Boca cerrada FRENTE: Labios relajados FRENTE: Sonrisa FRENTE: Sonrisa amplia – labios separados	Oclusión: Vista completa Oclusión: Tres cuartos – derecha e izquierda Oclusal arcada completa – superior e inferior

Observaciones: _____

DIAGNÓSTICO GENERAL

PLAN DE TRATAMIENTO GENERAL: nombre del caso clínico

OBSERVACIONES

Autorización del docente (nombre y firma)

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

PLAN DE TRATAMIENTO

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DEL ALUMNO

O.D.	DESCRIPCIÓN
11	<hr/>
12	<hr/>
13	<hr/>
14	<hr/>
15	<hr/>
16	<hr/>
17	<hr/>
18	<hr/>
<hr/>	
21	<hr/>
22	<hr/>
23	<hr/>
24	<hr/>
25	<hr/>
26	<hr/>
27	<hr/>
28	<hr/>
<hr/>	
31	<hr/>
32	<hr/>
33	<hr/>
34	<hr/>
35	<hr/>
36	<hr/>
37	<hr/>
38	<hr/>
<hr/>	
41	<hr/>
42	<hr/>
43	<hr/>
44	<hr/>
45	<hr/>
46	<hr/>
47	<hr/>
48	<hr/>

Laboratorio: _____

Observaciones: _____

PRESUPUESTO ESTIMADO

NÚMERO DE EXPEDIENTE	
----------------------	--

NOMBRE DEL PACIENTE	
---------------------	--

NOMBRE DEL ALUMNO	
-------------------	--

CANTIDAD	TRATAMIENTO	COSTO POR UNIDAD	COSTO TOTAL

El presupuesto es estimado y puede sufrir **"modificaciones"** a la alta o baja en su valor, dependiendo de la (s) situación (es) que se presenten durante la evolución o avance en el tratamiento

Observaciones: _____

Docente (nombre y firma)

Paciente (nombre y firma)

Número de credencial del INE
(anexar copia de credencial vigente)

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI**

Zotoluca y Chinampass/n, Fraccionamiento Calafia, C.P. 21040, Tel. 6866573268



**CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO
PARA COLOCACIÓN DE IMPLANTES**

NÚMERO DE EXPEDIENTE	
----------------------	--

FECHA	
-------	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del alumno (a) que lo atiende: _____				
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Matrícula: _____	Clinica: _____	Nombre del docente: _____		
Nombre del paciente: _____				
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Domicilio: _____	Calle	Número	Colonia	C.P
	Teléfono (s)			
Nombre del responsables, padre o tutor: _____				
	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	
Domicilio: _____	Calle	Número	Colonia	C.P
	Teléfono (s)			

De conformidad con los datos anteriores y con base a la información proporcionada en el expediente clínico, manifiesto que se me ha detallado el procedimiento para atender mis necesidades bucales que consisten en la colocación de implantes dentales, por lo que **DECLARO** que:

El alumno (a): _____ de la especialidad de: _____ me ha explicado que el propósito de la intervención es la reposición de los dientes perdidos mediante la fijación de tornillos o láminas al hueso, y posteriormente la colocación de un/os pilar/es metálico/s que soportará las futuras piezas dentales artificiales.

He sido informado/a de otras alternativas de tratamiento mediante la utilización de prótesis convencionales. Para llevar a cabo el procedimiento se aplicará anestesia, de cuyos posibles riesgos también he sido informado/a. Igualmente se me ha informado de que existen ciertos riesgos potenciales en toda intervención quirúrgica realizada en la boca, concretamente:

1. Alergia al anestésico, antes, durante o después de la cirugía.
2. Molestias, hematomas e inflamación postoperatoria, durante los primeros días.
3. Sangrado.
4. Infección postoperatoria que requerirá tratamiento posterior.
5. Lesión de raíces de dientes adyacentes.
6. Lesión nerviosa que provoque hipoestesia o anestesia del labio inferior, superior, mentón, dientes, encía y/o de la lengua, que suelen ser transitoria y excepcionalmente permanente.
7. Comunicación con los senos nasales o con las fosas nasales.
8. Aspiración o deglución de algún instrumento quirúrgico de pequeño tamaño.
9. Desplazamiento del implante a estructuras vecinas.
10. Rotura de instrumentos.

Los implantes han sido utilizados ampliamente en todo el mundo, desde hace más de 25 años y es un procedimiento considerado seguro por la comunidad internacional, pero se me ha explicado que, aunque la técnica se realice correctamente, existe un porcentaje de fracasos entre el 8 y el 10 por ciento. He sido informado de las complicaciones potenciales de este procedimiento quirúrgico, que incluye además de las anteriores:

1. Dehiscencia de sutura y exposición del implante.
2. Falta de integración del implante con el hueso que lo rodea, con la consiguiente pérdida precoz o tardía del/los implante/s, y la posible planificación de la prótesis planificada.
3. Imposibilidad de colocar un implante en la localización prevista, por las características de hueso remanente.
4. En casos excepcionales, con atrofia importante ósea, puede producirse una fractura mandibular, que requiera tratamiento posterior.
5. Fractura del implante o de algún componente de la prótesis.
6. Complicaciones inherentes a la prótesis dental, no cumpliendo las expectativas estéticas, dificultad para la fonación, etc.

Entiendo que el tratamiento no concluye con la colocación del implante, sino que será preciso visitar periódicamente al facultativo y seguir escrupulosamente las normas de higiene que me ha explicado.

He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado.

Me ha quedado claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello:

DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de implantes.

Nombre y firma del paciente o su representante legal

Fecha ____ / ____ / ____
DÍA MES AÑO

Nombre y firma del docente

Nombre y firma del estudiante



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
FICHA DE INTERCONSULTA CON POSGRADO

NÚMERO DE EXPEDIENTE	
FECHA DE ADMISIÓN	
FECHA	

PACIENTE		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
DOMICILIO	EDAD	TELÉFONO (S) DE CONTACTO

ESPECIALIDAD DE INTERCONSULTA

- ORTODONCIA
- PERIODONCIA
- PROSTODONCIA

Observaciones:

REMISIÓN DEL PACIENTE (llenado exclusivo por el alumno o docente de la unidad remitora)

Diagnóstico general del paciente

Terapéutica indicada

RESPUESTA A LA REMISIÓN O INTERCONSULTA (llenado exclusivo por el especialista receptor)

Evaluación del paciente

Diagnóstico

Indicaciones terapéuticas

Nombre completo y firma
Alumno emisor
Clínica emisora

Nombre completo y firma
Docente responsable de la remisión
Clínica emisora

Nombre completo y firma
Alumno de posgrado receptor
Policlínica

Nombre completo y firma
Docente responsable de la recepción
Policlínica

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

NÚMERO DE EXPEDIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO

BITÁCORA DE PROCEDIMIENTOS

FECHA	T.A	F.C	F.R	PROCEDIMIENTO POR REALIZARSE (descripción breve y número de diente)	ALUMNO (nombre y matrícula)	Firma del docente	
						AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO	TRATAMIENTO TERMINADO



INDICACIONES PREOPERATORIAS

1. Es conveniente que realice una comida ligera una hora antes del procedimiento.
2. Si rutinariamente toma aspirina, anticoagulantes, si es diabético, o padece alguna enfermedad, se debe contactar a su médico para los ajustes a su tratamiento. Usted podrá continuar su tratamiento el día después de la cirugía.
3. Recomendamos que evite fumar dos semanas antes y dos semanas después del tratamiento para favorecer la recuperación, se ha comprobado que los fumadores tienen un proceso de cicatrización prolongado y presentan más complicaciones.
4. Si va a viajar, traiga consigo una bolsa con hielo para colocar en el sitio de la cirugía durante el camino de regreso a casa.
5. Lave sus dientes antes de la cirugía.
6. No use lentes de contacto, evite el maquillaje, pelucas o peinados apretados.
7. En caso de menores, debe ser padre o tutor legal para poder firmar el permiso correspondiente.

DEBE ESTAR PREPARADO PARA:

- Estar en reposo absoluto las primeras 24 horas y reposo relativo hasta completar tres días.
- Tener en el refrigerador bolsas de hielo para colocar en el sitio intervenido.
- Tener líquidos claros para iniciar la dieta, agua, jugo de manzana que pueda diluirse hasta que se tolere la vía oral y que el efecto de la anestesia local haya desaparecido.
- Tener preparada una dieta blanda, no caliente y abundantes líquidos. (No lácteos las primeras 24 horas). No es recomendable masticar en el sitio de las suturas.

Las instrucciones completas de los cuidados posteriores a la cirugía y una receta, se entregará el día de la cirugía y se indicará si es necesaria una cita de control postoperatorio. Si le es imposible acudir a la hora de su cita, por favor cancele lo antes posible, en caso de dudas favor de comunicarse directamente con el alumno que lo atiende.

INDICACIONES PREOPERATORIAS

1. Es conveniente que realice una comida ligera una hora antes del procedimiento.
2. Si rutinariamente toma aspirina, anticoagulantes, si es diabético, o padece alguna enfermedad, se debe contactar a su médico para los ajustes a su tratamiento. Usted podrá continuar su tratamiento el día después de la cirugía.
3. Recomendamos que evite fumar dos semanas antes y dos semanas después del tratamiento para favorecer la recuperación, se ha comprobado que los fumadores tienen un proceso de cicatrización prolongado y presentan más complicaciones.
4. Si va a viajar, traiga consigo una bolsa con hielo para colocar en el sitio de la cirugía durante el camino de regreso a casa.
5. Lave sus dientes antes de la cirugía.
6. No use lentes de contacto, evite el maquillaje, pelucas o peinados apretados.
7. En caso de menores, debe ser padre o tutor legal para poder firmar el permiso correspondiente.

DEBE ESTAR PREPARADO PARA:

- Estar en reposo absoluto las primeras 24 horas y reposo relativo hasta completar tres días.
- Tener en el refrigerador bolsas de hielo para colocar en el sitio intervenido.
- Tener líquidos claros para iniciar la dieta, agua, jugo de manzana que pueda diluirse hasta que se tolere la vía oral y que el efecto de la anestesia local haya desaparecido.
- Tener preparada una dieta blanda, no caliente y abundantes líquidos. (No lácteos las primeras 24 horas). No es recomendable masticar en el sitio de las suturas.

Las instrucciones completas de los cuidados posteriores a la cirugía y una receta, se entregará el día de la cirugía y se indicará si es necesaria una cita de control postoperatorio. Si le es imposible acudir a la hora de su cita, por favor cancele lo antes posible, en caso de dudas favor de comunicarse directamente con el alumno que lo atiende.



INDICACIONES POSTERIORES A LA CIRUGÍA

Se recomiendan los siguientes cuidados:

LAS PRIMERAS 24 HORAS

1. Morder la gasa en su posición haciendo presión durante 30 minutos.
2. No escupir, no enjuagarse y no tocar el sitio de la cirugía.
3. Evitar temperaturas cálidas altas, hablar en exceso y tener actividad física vigorosa.
4. Al terminar la anestesia, una sensación de cosquilleo y calambres será normal.
5. No comer hasta sentir su boca normal ya que puede seguir anestesiada, morderse y no dolerle.
6. Iniciar el medicamento en horas convenientes, evitar horarios de madrugada.
7. Ingerir dieta blanda (gelatinas, frutas, carnes deshebradas, verduras cocidas, pollo, etc.)
8. Evitar alimentos condimentados, calientes, grasosos o fritos o enchilados.
9. Iniciar la higiene bucal, suave y delicada con pasta y cepillo, en toda su boca y continuarla.
10. Recostarse con la cabeza en alto, con almohadas y siempre más alta que el resto del cuerpo.
11. Cierta sangrado es normal, si este ocurre coloque una gasa limpia por 30 min. haciendo presión.
12. Aplique fomentos fríos alternos de 5 min. por 10 min. de descanso, al menos durante 6 horas.
13. En caso de presentar alguna reacción con los medicamentos, comunicarse con el alumno que lo atiende.
14. No consumir leche o algún punto de sus derivados, solo por las primeras 24 horas.
15. Evitar fumar o consumir alcohol por lo menos 7 días.
16. A partir del segundo día coloque fomentos de agua tibia extraorales, continuar con dieta blanda y abundantes líquidos tibios (recomendamos el té de árnica).

DATOS DE IMPORTANCIA:

- Lo normal es que usted se inflame, sienta mal sabor de boca, molestia al abrir la boca, malestar en el (las) área (s) inflamada (s), enrojecimiento de la piel en el área operada, pérdida de apetito y sensación de cosquilleo en el labio o en la mandíbula, es la evolución normal de la recuperación y usted presentará uno o varios de estos síntomas, al menos por una semana.
- La mayoría de las ocasiones se utiliza suturas que NO se caerán por sí solas, por lo que debe regresar en una semana para que sean retiradas.

INDICACIONES POSTERIORES A LA CIRUGÍA

Se recomiendan los siguientes cuidados:

LAS PRIMERAS 24 HORAS

1. Morder la gasa en su posición haciendo presión durante 30 minutos.
2. No escupir, no enjuagarse y no tocar el sitio de la cirugía.
3. Evitar temperaturas cálidas altas, hablar en exceso y tener actividad física vigorosa.
4. Al terminar la anestesia, una sensación de cosquilleo y calambres será normal.
5. No comer hasta sentir su boca normal ya que puede seguir anestesiada, morderse y no dolerle.
6. Iniciar el medicamento en horas convenientes, evitar horarios de madrugada.
7. Ingerir dieta blanda (gelatinas, frutas, carnes deshebradas, verduras cocidas, pollo, etc.)
8. Evitar alimentos condimentados, calientes, grasosos o fritos o enchilados.
9. Iniciar la higiene bucal, suave y delicada con pasta y cepillo, en toda su boca y continuarla.
10. Recostarse con la cabeza en alto, con almohadas y siempre más alta que el resto del cuerpo.
11. Cierta sangrado es normal, si este ocurre coloque una gasa limpia por 30 min. haciendo presión.
12. Aplique fomentos fríos alternos de 5 min. por 10 min. de descanso, al menos durante 6 horas.
13. En caso de presentar alguna reacción con los medicamentos, comunicarse con el alumno que lo atiende.
14. No consumir leche o algún punto de sus derivados, solo por las primeras 24 horas.
15. Evitar fumar o consumir alcohol por lo menos 7 días.
16. A partir del segundo día coloque fomentos de agua tibia extraorales, continuar con dieta blanda y abundantes líquidos tibios (recomendamos el té de árnica).

DATOS DE IMPORTANCIA:

- Lo normal es que usted se inflame, sienta mal sabor de boca, molestia al abrir la boca, malestar en el (las) área (s) inflamada (s), enrojecimiento de la piel en el área operada, pérdida de apetito y sensación de cosquilleo en el labio o en la mandíbula, es la evolución normal de la recuperación y usted presentará uno o varios de estos síntomas, al menos por una semana.
- La mayoría de las ocasiones se utiliza suturas que NO se caerán por sí solas, por lo que debe regresar en una semana para que sean retiradas.



PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Expediente

Nombre del alumno: _____ Matrícula: _____
 Nombre del paciente: _____ Edad (años/meses): _____

RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Características clínicas extraorales			
Características clínicas intraorales			
Objetivo del tratamiento			
Plan de tratamiento			
Fecha de cementación	Fecha de primera revisión	Fecha de segunda revisión	Fecha de tercera revisión

Indicaciones
Contraindicaciones
Material de fabricación

Diseño (dibujo a mano)

Seguimiento del caso Nombre y firma del docente				
	Cementación	Primera revisión	Segunda revisión	Tercera revisión



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTE



Nombre del Alumno		Matrícula
Concepto		

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Firma del alumno

FOMCA-27 Rev.0. 1 de 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTE



Nombre del Alumno		Matrícula
Concepto		

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Firma del alumno

FOMCA-27 Rev.0. 1 de 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTE



Nombre del Alumno		Matrícula
Concepto		

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Firma del alumno

FOMCA-27 Rev.0. 1 de 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE EXPEDIENTE



Nombre del Alumno		Matrícula
Concepto		

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Firma del alumno

FOMCA-27 Rev.0. 1 de 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR TRATAMIENTO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR TRATAMIENTO

Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO
Paciente	Expediente	CLÍNICA No.		

Descripción (unidad (es) y nombre del (los) tratamiento (s))

Nombre y firma del docente

Firma del alumno

FOMCA-28 Rev.0. 1 de 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR TRATAMIENTO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR TRATAMIENTO

Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO
Paciente	Expediente	CLÍNICA No.		

Descripción (unidad (es) y nombre del (los) tratamiento (s))

Nombre y firma del docente

Firma del alumno

FOMCA-28 Rev.0. 1 de 1



Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO
Paciente	Expediente	CLÍNICA No.		

Descripción (unidad (es) y nombre del (los) tratamiento (s))

Nombre y firma del docente

Firma del alumno

FOMCA-28 Rev.0. 1 de 1



Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO
Paciente	Expediente	CLÍNICA No.		

Descripción (unidad (es) y nombre del (los) tratamiento (s))

Nombre y firma del docente

Firma del alumno

FOMCA-28 Rev.0. 1 de 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE INSTRUMENTAL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE INSTRUMENTAL

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Alumno	Matrícula
--------	-----------

CLÍNICA No.

Descripción de lo solicitado

Firma del alumno

FOMCA-29 Rev.0. 1 de 1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE INSTRUMENTAL



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE PARA PRÉSTAMO DE INSTRUMENTAL

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Alumno	Matrícula
--------	-----------

CLÍNICA No.

Descripción de lo solicitado

Firma del alumno

FOMCA-29 Rev.0. 1 de 1

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

Alumno	Matrícula
--------	-----------

CLÍNICA No.

Descripción de lo solicitado

Firma del alumno

FOMCA-29 Rev.0. 1 de 1

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

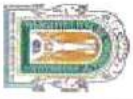
Alumno	Matrícula
--------	-----------

CLÍNICA No.

Descripción de lo solicitado

Firma del alumno

FOMCA-29 Rev.0. 1 de 1



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCAL
ANEXO CLÍNICA



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
CLÍNICA DE CIRUGÍA BUCAL
ANEXO CLÍNICA

SOLICITUD DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

MATRÍCULA	NOMBRE DEL ALUMNO	FECHA

INSTRUMENTAL	OBSERVACIONES
Mango de bisturí	
Legra	
Pinza hemostática	
Cinzel	
Martillo	
Elevador	
Fórceps	
Cureta alveolar	
Lima para hueso	
Pinza gubia	
Tijera para tejido	
Pinza de disección	
Tijera para sutura	
Portaagujas	
Vaso metálico	
Retractor de tejidos	
Cánula de aspiración	
Abrebocas	
Pinza de piel y campo	
Tijera para alambre	
Pieza de mano	
Fresa quirúrgica	
Charola	
Manguera	
Otros	

Firma del alumno

Firma del docente

SOLICITUD DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

MATRÍCULA	NOMBRE DEL ALUMNO	FECHA

INSTRUMENTAL	OBSERVACIONES
Mango de bisturí	
Legra	
Pinza hemostática	
Cinzel	
Martillo	
Elevador	
Fórceps	
Cureta alveolar	
Lima para hueso	
Pinza gubia	
Tijera para tejido	
Pinza de disección	
Tijera para sutura	
Portaagujas	
Vaso metálico	
Retractor de tejidos	
Cánula de aspiración	
Abrebocas	
Pinza de piel y campo	
Tijera para alambre	
Pieza de mano	
Fresa quirúrgica	
Charola	
Manguera	
Otros	

Firma del alumno

Firma del docente



RESUMEN DE CASO CLÍNICO

NÚMERO DE CASO

NÚMERO DE EXPEDIENTE

Nombre del docente: _____ Fecha: _____ Periodo: _____

Nombre del alumno: _____ Matrícula: _____ Subgrupo: _____

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Diagnósticos de patología bucal: _____

GUÍA PARA ACTUALIZACIÓN DE CADA ENFERMEDAD DEL EXPEDIENTE DEL PACIENTE

Para elaborar este resumen necesitas contar con el formato de ficha clínica de patología bucal, historia clínica general del paciente (autorizados), así como los exámenes de laboratorio que correspondan de acuerdo con la edad del paciente.

Anota el diagnóstico clínico-radiográfico de la patología en estudio, tal como aparece en el formato de patología bucal.

Actualización del expediente clínico considerando los **antecedentes heredofamiliares, no patológicos y patológicos; así como los padecimientos actuales, alergias y examen por aparatos y sistemas del expediente**. Debes ampliar la información de cada sección en la que se encuentren datos patológicos siguiendo la guía que a continuación se expone:

- Cuadro clínico completo del padecimiento.
- Estudios complementarios o de laboratorio que permitieron confirmar el diagnóstico de esa enfermedad sistémica.
- Tratamientos utilizados (medicamento/dosis/vía/duración de tratamiento), así como los cambios en el mismo.
- Complicaciones u hospitalizaciones debidas a ese padecimiento.
- Análisis de los exámenes de laboratorio: En caso de encontrar valores anormales de laboratorio, investiga las enfermedades que pueden estar asociadas y escríbelas señalando que informaras al paciente de estos resultados alterados, registrando también la bibliografía utilizada

Termina anotando cual será el plan de tratamiento indicado para la patología bucal en estudio, incluyendo el seguimiento.

RESUMEN DE CASO CLÍNICO (continuación)

Firma de enterado del paciente

Firma del docente



ALIMENTOS Y HÁBITOS QUE DEBE EVITAR

Debido a los aparatos y brackets que lleva puestos, se recomienda que evite ciertos tipos de alimentos. Estos son algunos alimentos que debe evitar:

1. **ALIMENTOS DUROS:** Pueden dañar los alambres, aflojar el cemento debajo de las bandas o quebrar los frenos pegados a los dientes.
2. **ALIMENTOS PEGAJOSOS:** Pueden aflojar las bandas o sacar el alambre de su lugar (dulces, caramelos, chicles, chiclosos, etc.)
3. **ALIMENTOS ALTOS EN AZÚCAR:** Puede causar sarro y también caries. (Ej. Sodas)
4. **ALIMENTOS CRUJIENTES:** Pueden quebrar los brackets o causar que se aflojen.

Algunos alimentos de este tipo aparecen listados aquí abajo y también algunas sugerencias sobre la manera en que los pueden comer de manera práctica.

- Verduras crudas (como zanahoria, apio, entre otros), cortarlos en rajas delgadas o cuadros pequeños.
- Frutas (como manzanas, peras, duraznos), siempre cortarlas en trozos pequeños.
- Elote entero, desgranado.
- Pan tostado, pizza, corte en pedazos pequeños teniendo cuidado al comerlos.

NO COMA NI MASTIQUE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA

- *Palomitas, chicles, carne seca, sodas, dulces pegajosos, papas fritas, nueces, caramelos duros, tacos dorados, tostadas, carne entera, con hueso, churritos, cacahuates*
- Use el sentido común: si no está seguro y no aparece en la lista **NO LOS COMA**. Masticar hielo, lápices, bolígrafos o morderse las uñas **NO ES PERMITIDO**.
- A pesar de todo el cuidado podrían dañarse sus aparatos por accidentes. Si nota que los brackets, bandas o alambres están flojos o se han quebrado o se cayó algo, por favor llame a su ortodoncista.

Guarde las bandas, brackets y tráigalos con usted en su cita.

- Si se quiebra un alambre o si el alambre le está picando necesita venir lo más pronto posible a consulta para ser revisado.
- El cepillarse los dientes y el uso de hilo dental es muy importante. Se debe cepillar los dientes y los aparatos (por dentro y fuera) por lo menos de 3 a 5 minutos. Sus aparatos deben estar siempre limpios y brillosos.
- La mala higiene bucal puede conducir a que el tejido de las encías esté rojo, inflamado o infectado. Este tejido puede crecer sobre las bandas y los brackets. Si esto sucede, los alambres serán retirados por el doctor y el tratamiento ortodóncico se continuará en cuanto la condición de las encías mejore. Se le informará sobre el estado de la higiene bucal del paciente.



COMO CUIDAR SUS APARATOS DE ORTODONCIA

1. No juegue con los alambres o alguna otra parte de los frenos, ya sea con sus dedos, lengua, o algún objeto extraño.
2. Prohibido comer o morder:
 - Dulces duros o pegajosos
 - Plumas, lápices, uñas o cualquier objeto duro
 - Palomitas
 - Hielo
 - Elotes de mazorca
 - Pizza crujiente o tacos dorados
 - Churritos, papitas fritas, cacahuates o cualquier tipo de nuez
3. Las siguientes frutas y vegetales pueden ser permitidas, si primero son cortadas en rebanadas delgadas:
 - Apio crudo
 - Zanahorias
 - Manzanas
 - Peras
 - Frutas y vegetales cocidos o en pequeños trozos
4. No mastique ni muerda huesitos de carne de pollo o costillas, etc. Si abusa de sus aparatos y los maltrata, se hará un cobro adicional.
5. Cepille sus dientes, encías y aparatos después de cada comida, asegurándose que no queden restos de comida entre éstos.
6. No mastique chicles (de cualquier tipo). Evite consumir alimentos y bebidas altos en colorantes y pigmentos (refrescos oscuros, té negro, jugo de arándano, etc.) para que no se manchen sus dientes y ligas.
7. En caso de irritación de sus labios y carrillos necesitará cera de ortodoncia para que cubra los aparatos y aliviar sus molestias; puede encontrarla casi en cualquier farmacia o tienda.
8. Si alguno de sus aparatos se afloja, llame a su ortodoncista inmediatamente para avisar y obtener indicaciones de qué hacer.
9. Para cualquier molestia causada por la acción de sus aparatos, puede tomar paracetamol. Cada vez que activemos sus frenos puede tener molestias durante un par de días, esto es normal.
10. Recuerde que los dientes sucios provocan lesiones en el esmalte como manchas blancas, caries e inflamación de sus encías y sangrado, además de mal olor. El cepillado es una de sus responsabilidades. Procure cepillarse después de cada comida.
11. Cheque minuciosamente todos sus dientes frente a un espejo y con una buena fuente de luz cada vez que cepille sus dientes, cualquier residuo de comida en contacto con sus dientes o encías provocará problemas difíciles de solucionar.
12. Su tratamiento ortodóncico significa una inversión por parte suya o de sus padres, además de ayudar a la salud y buen funcionamiento de su boca, si sigue al pie de la letra los consejos antes mencionados, seguramente no tendrá problemas y los resultados finales serán mucho mejores.



CARTA DE DISCONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO

Por medio de la presente certifico que yo:

(nombre del paciente o tutor)

he decidido discontinuar la atención ortodóncica en la Clínica del Posgrado de Ortodoncia de la UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA, así como que recibí los estudios:

y que acepto que se dé de baja mi expediente número _____ por los siguientes motivos:

deslindo a la Universidad Autónoma de Baja California de cualquier responsabilidad legal sobre estos estudios y sobre el uso que puedan darles a estos.

Mexicali, Baja California, _____ del mes de _____ del _____.

Docente

Alumno

Paciente o representante legal

Testigo



FORMATO DE TRANSFERENCIA

Por medio de la presente certifico que yo:

_____ *(nombre del docente)*

autorizo que el paciente:

_____ *(nombre del paciente)*

con expediente número _____ sea transferido para su atención ortodóncica, al docente

_____ *(nombre del docente)*

y hago constar que estoy al tanto de este cambio.

Observaciones sobre el tratamiento:

Técnica: _____ Fecha de transferencia: _____

Tiempo de tratamiento: _____ Motivo de la transferencia: _____

Comentarios:

Mexicali, Baja California, _____ del mes de _____ del _____.

Docente que transfiere

Padre o tutor

Docente receptor



INSTRUCCIONES DE USO DE LIGAS

1. Use las ligas todo el tiempo a menos que se le indique lo contrario.
2. Solo retire las ligas al comer, luego cepille sus dientes y vuelva a colocarlas donde se le indicó.
3. Siempre lleve consigo ligas de repuesto, en caso de que alguna se rompa coloque una nueva inmediatamente
4. Cambie sus ligas cuando menos dos veces al día, use ligas nuevas por la mañana y luego por la noche
5. Si se acaban las ligas avise a su ortodoncista para no retrasarse en su tratamiento.

FOMCA-37. Rev. 0 (Hoja 1 de 1)



INSTRUCCIONES PARA SUS RETENEDORES

El retenedor es un aparato removible, que ha sido diseñado para mantener sus dientes en una determinada posición. Es importante que los use de acuerdo con las instrucciones que reciba.

1. Siga correctamente las instrucciones que se le dieron en la manera de colocarlo y quitarlo de su boca.
2. Limpie su retenedor con su cepillo sin pasta de dientes.
3. El sabor del plástico desaparecerá en un día o dos, y su manera de hablar será también normal.
4. El nuevo retenedor puede hacer que sus dientes duelan al principio, especialmente si se hace algún ajuste. Si hay un punto específico que moleste, llame a su ortodoncista.
5. Procure no jugar con el retenedor con su lengua. Esto puede lastimar tanto la lengua como el aparato.
6. Nunca envuelva su retenedor en una servilleta o papel, ya que alguien puede tirarlo accidentalmente. Si necesita guardarlo por un tiempo prolongado procure tenerlo en un estuche.
7. Siempre que tenga cita con nosotros deberá traer su retenedor.
8. La pérdida o ruptura de sus retenedores causará un cobro adicional.
9. **RECUERDE:**
 - a. NO dejar los retenedores en el sol o cerca de una fuente de calor
 - b. NO dejarlos al alcance de niños o mascotas
 - c. NO ponerlos en el bolsillo trasero de su pantalón porque se romperán
 - d. NO guardarlos en servilletas o bolsas (sobre todo en restaurantes)

FOMCA-38. Rev. 0 (Hoja 1 de 1)



INSTRUCCIONES PARA EL USO DEL FRENO (HEAD-GEAR)

1. Colocación de head-gear:
 - Coloque los alambres redondos del freno de noche dentro de los tubos redondos localizados en las bandas de sus molares superiores. No lo fuerce, introdúzcalo con pequeños movimientos de vaivén hasta que lleguen a su sitio.
 - Rodee su cuello o cabeza con la banda elástica, asegurándose de que no esté torcida para que no llegue a irritarle.
 - Si es diestro enganche por el lado derecho, si es zurdo hágalo del lado izquierdo.
2. Tiempo de uso:
 - Debe usarlo un mínimo de 14-18 horas al día. Los pacientes que lo usan 18 horas terminan su tratamiento antes y generalmente con mejores resultados.
 - Este aparato va a provocar que sus molares se encuentren sensibles por los primeros dos o tres días. Si sus molares son muy sensibles tiene que usarlo el mínimo del tiempo que antes mencionamos, es la única manera en que le dejen de molestar.
 - Úselo cuando duerma, si lo coloca unas cuatro horas antes de retirarse a dormir, verá cómo conciliará el sueño más rápido. También lo debe usar tanto tiempo como pase en su casa (mientras ve la TV, haciendo la tarea, escuchando música, leyendo), recuerde que usarlo 18 horas sería lo ideal y óptimo para los resultados finales.
3. Una vez que el tratamiento con su freno de noche se ha iniciado, este deberá ser constante. Dejarlo de usar tan solo una noche, posiblemente redundará que tenga que usarlo más tiempo, o que vuelva a sentir dolor en sus muelas.
4. Mantenga un récord de cuántas horas utiliza su aparato diariamente, y anótelas en una tarjeta.
5. Manéjese con cuidado, especialmente cuando se lo quita y cuando se lo pone. Es posible que algunas de las bandas o donde lo coloca se afloje por lo que será su obligación llamar a su ortodoncista cuanto antes para pedir cita. Traiga su banda junto con su freno de noche.
6. Mantenga su head-gear y estas instrucciones dentro de una bolsa de plástico. Escriba su nombre, dirección y teléfono en caso de que lo pierda.
7. Traiga su freno de noche, sus instrucciones, una bolsa de plástico y su tarjeta del récord de horas que lo usa cada vez que venga a consulta ya que es necesario hacer ajuste en cada cita.



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA
HOJA INFORMATIVA



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA
HOJA INFORMATIVA

FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE APARATOLOGÍA

Nombre del paciente: _____

Expediente: _____ Fecha del tratamiento: _____

Técnica: _____

Observaciones: _____

Solicitado	SI/NO Fecha y firma Autorización	Tipo de aparato
Aparatos ortopédicos		
Solicitado	SI/NO Fecha y firma Autorización	Tipo / medida
Expansor		
Micro tornillos		
Resortes de nitinol (close-coil)		
Hooks crimpales		
Elásticos intermaxilares		
Otros: solicitado	Fecha y firma Autorización	Tipo / medida

FORMATO DE CONTROL DE ENTREGA DE APARATOLOGÍA

Nombre del paciente: _____

Expediente: _____ Fecha del tratamiento: _____

Técnica: _____

Observaciones: _____

Solicitado	SI/NO Fecha y firma Autorización	Tipo de aparato
Aparatos ortopédicos		
Solicitado	SI/NO Fecha y firma Autorización	Tipo / medida
Expansor		
Micro tornillos		
Resortes de nitinol (close-coil)		
Hooks crimpales		
Elásticos intermaxilares		
Otros: solicitado	Fecha y firma Autorización	Tipo / medida

SECUENCIA DE ARCOS	
1	SUP
	INF
2	SUP
	INF
3	SUP
	INF
4	SUP
	INF
5	SUP
	INF
6	SUP
	INF
7	SUP
	INF
8	SUP
	INF
9	SUP
	INF

Nombre del docente que autoriza: _____

Firma del docente que autoriza: _____

Firma de autorización Dra. Laura Roxana Valenzuela Ruiz

Fecha de autorización: _____

SECUENCIA DE ARCOS	
1	SUP
	INF
2	SUP
	INF
3	SUP
	INF
4	SUP
	INF
5	SUP
	INF
6	SUP
	INF
7	SUP
	INF
8	SUP
	INF
9	SUP
	INF

Nombre del docente que autoriza: _____

Firma del docente que autoriza: _____

Firma de autorización Dra. Laura Roxana Valenzuela Ruiz

Fecha de autorización: _____



Universidad Autónoma de Baja California
 Facultad de Odontología Mexicali
 ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA
 ANEXO EXPEDIENTE

FORMATO PARA AUTORIZACION INICIAL DE PAGOS

Nombre del alumno		Matrícula	
Nombre del paciente		Expediente	
FECHA	PAGO A REALIZAR	ALUMNO / DOCENTE Nombre y firma de autorización	FOLIO RECIBO DE PAGO
	Pago de admisión		
	Pago de expediente clínico		
	Apertura de tratamiento: () Fase I () Fase II		
	Primer anticipo		
	Segundo anticipo		
	Tomografía inicial (incluida en el pago del primer anticipo)		
	Tomografía intermedia (incluida en el pago del segundo anticipo)		
	Tomografía final (incluida en el pago del segundo anticipo)		
COPIA PARA CAJA			

FOMCA-41. Rev. 0



Universidad Autónoma de Baja California
 Facultad de Odontología Mexicali
 ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA
 ANEXO EXPEDIENTE

FORMATO PARA AUTORIZACION INICIAL DE PAGOS

Nombre del alumno		Matrícula	
Nombre del paciente		Expediente	
FECHA	PAGO A REALIZAR	ALUMNO / DOCENTE Nombre y firma de autorización	FOLIO RECIBO DE PAGO
	Pago de admisión		
	Pago de expediente clínico		
	Apertura de tratamiento: () Fase I () Fase II		
	Primer anticipo		
	Segundo anticipo		
	Tomografía inicial (incluida en el pago del primer anticipo)		
	Tomografía intermedia (incluida en el pago del segundo anticipo)		
	Tomografía final (incluida en el pago del segundo anticipo)		
COPIA PARA CENTRO DE IMAGEN			

FOMCA-41. Rev. 0



AUTORIZACIÓN DE CASO CLÍNICO

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Expediente: _____

Nombre del alumno: _____ Matrícula: _____

REQUISITO PARA PRESENTAR	FIRMA
HISTORIA CLÍNICA (impresa, y con firmada del paciente)	
CONSENTIMIENTO INFORMADO (firmado por el paciente y testigo)	
FOTOGRAFÍAS	
MODELOS DE ESTUDIO (recortados y pulidos, en caja con nombre)	
MONTAJE (limpio y pulido y ceras azul y rosa en caja y con nombre)	
CPI (Hoja de control de CPI física)	
ESTUDIOS DE IMAGEN (radiografía lateral de cráneo, panorámica y tomografía)	
ANÁLISIS CEFALOMÉTRICOS (físicos y Nemo pceph)	
PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO DIGITAL (Keynote o power point)	
DIAGNÓSTICO QUIRÚRGICO (revisado y autorizado por el Cirujano Maxilofacial)	
CALIFICACIÓN	

**AUTORIZACIÓN
PARA INICIO**

Nombre y firma del docente



REVISIÓN DE CASO CLÍNICO

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____ Expediente: _____

Nombre del alumno: _____ Matrícula: _____

Comentarios: _____

REVISADO POR:

Nombre y firma del docente

	ACEPTADO	RECHAZADO	OBSERVACIONES
Fotografías extraorales			
Frontal			
Sonrisa			
¾ derecha			
¾ izquierda			
Perfil derecho			
Perfil izquierdo			
Análisis de tejidos blandos			
Fotografías intraorales			
Frontal			
45°			
Lateral derecha			
Lateral izquierda			
Oclusal superior			
Oclusal			
Sobremordida horizontal			
Otra:			
Análisis articular			
Fotos			
CPI			
Ceras azules y rosas			
Diagnóstico articular			
Análisis cefalométrico			
Puntos cefalométricos			
Steiner			
Downs			
Jarabak-Roth			
Harvol			
Otros:			
Diagnóstico			
Lista de problemas			
Objetivos del tratamiento			
Plan de tratamiento			

Comentarios: _____



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA
ANEXO EXPEDIENTE

PAGARÉ

Mexicali, Baja California a ____ / ____ / ____

Por medio del presente, YO _____ (nombre del paciente) con documento de identificación _____ (especificar e indicar número) me comprometo de manera formal, a cubrir el COSTO TOTAL en tiempo y forma de mi tratamiento de ortodoncia o el que se le realizará al paciente _____ (en caso de padre o tutor) en el Posgrado de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Baja California, que corresponde a la cantidad de \$ _____ m.n., el cual se cubrirá por un medio con un pago inicial de \$ _____ m.n. y el resto se dividirá en ____ mensualidades de \$ _____ m.n cada una.

De igual manera me comprometo a cubrir los gastos extras que se generen, como consecuencia de pérdida o descementado de brackets y/o bandas, o algún otro aditamento, extraoral o intraoral, que sean colocados durante el tratamiento.

Y en caso de que el tiempo de tratamiento se vea afectado por faltas continuas, falta de higiene o cooperación por falta del paciente, en el uso y cuidado de aditamentos indicados, estoy de acuerdo que el costo del tratamiento podría aumentar, y por lo tanto me comprometo a pagar el costo extra que se genere el cual será proporcional al tiempo que se extienda el tratamiento.

NOMBRE Y FIRMA

Del responsable del pago del tratamiento de ortodoncia

FOMCA-44. Rev. 0 (Hoja 1 de 1)



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA
ANEXO EXPEDIENTE

PAGARÉ

Mexicali, Baja California a ____ / ____ / ____

Por medio del presente, YO _____ (nombre del paciente) con documento de identificación _____ (especificar e indicar número) me comprometo de manera formal, a cubrir el COSTO TOTAL en tiempo y forma de mi tratamiento de ortodoncia o el que se le realizará al paciente _____ (en caso de padre o tutor) en el Posgrado de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Baja California, que corresponde a la cantidad de \$ _____ m.n., el cual se cubrirá por un medio con un pago inicial de \$ _____ m.n. y el resto se dividirá en ____ mensualidades de \$ _____ m.n cada una.

De igual manera me comprometo a cubrir los gastos extras que se generen, como consecuencia de pérdida o descementado de brackets y/o bandas, o algún otro aditamento, extraoral o intraoral, que sean colocados durante el tratamiento.

Y en caso de que el tiempo de tratamiento se vea afectado por faltas continuas, falta del paciente, en el uso y cuidado de aditamentos indicados, estoy de acuerdo que el costo del tratamiento podría aumentar, y por lo tanto me comprometo a pagar el costo extra que se genere el cual será proporcional al tiempo que se extienda el tratamiento.

NOMBRE Y FIRMA

Del responsable del pago del tratamiento de ortodoncia

FOMCA-44. Rev. 0 (Hoja 1 de 1)



INDICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

En caso de cirugías o extracciones seguir las siguientes indicaciones, le sugerimos seguir con las siguientes instrucciones, le ayudarán a evitar complicaciones y promover su pronta recuperación.

- Mantenga la gasa con cierta presión por 30 minutos, luego deséchela y coloque otra haciendo lo mismo.
- No se muerda ni pellizque el labio o mejilla de la zona anestesia.
- Mantenga una dieta blanda sin irritantes, durante el día de la cirugía o extracción.
- Realice una buena higiene bucal con cepillo suave y evite los enjuagues durante las 24 horas siguientes a la intervención.
- Evite fumar al menos 48 horas posteriores a la cirugía.
- La actividad física debe ser restringida durante 24 a 48 horas posteriores a la cirugía o extracción.
- Es normal que se inflame, no se alarme. Para minimizar la inflamación debe aplicar compresas heladas en el sitio de la intervención durante las primeras 24 horas.
- La inflamación comenzará a disminuir después de 72 horas. Esto se puede favorecer aplicando fomentos húmedos calientes a partir del segundo día de la cirugía.
- Para aliviar el dolor y la inflamación tome los medicamentos prescritos de la forma indicada.
- Si se le prescribe un antibiótico, deberá tomarlo a la hora por el tiempo señalado, no suspenda el tratamiento, aunque se sienta mejor.
- En caso de que se presente sangrado, comuníquese al consultorio de inmediato.
- No escupir.
- No colocar la lengua en la zona de la cirugía o extracción.

En caso de dudas favor de llamar a su alumno tratante.

Nombre del alumno: _____

Teléfono: _____

INDICACIONES POSTQUIRÚRGICAS

En caso de cirugías o extracciones seguir las siguientes indicaciones, le sugerimos seguir con las siguientes instrucciones, le ayudarán a evitar complicaciones y promover su pronta recuperación.

- Mantenga la gasa con cierta presión por 30 minutos, luego deséchela y coloque otra haciendo lo mismo.
- No se muerda ni pellizque el labio o mejilla de la zona anestesia.
- Mantenga una dieta blanda sin irritantes, durante el día de la cirugía o extracción.
- Realice una buena higiene bucal con cepillo suave y evite los enjuagues durante las 24 horas siguientes a la intervención.
- Evite fumar al menos 48 horas posteriores a la cirugía.
- La actividad física debe ser restringida durante 24 a 48 horas posteriores a la cirugía o extracción.
- Es normal que se inflame, no se alarme. Para minimizar la inflamación debe aplicar compresas heladas en el sitio de la intervención durante las primeras 24 horas.
- La inflamación comenzará a disminuir después de 72 horas. Esto se puede favorecer aplicando fomentos húmedos calientes a partir del segundo día de la cirugía.
- Para aliviar el dolor y la inflamación tome los medicamentos prescritos de la forma indicada.
- Si se le prescribe un antibiótico, deberá tomarlo a la hora por el tiempo señalado, no suspenda el tratamiento, aunque se sienta mejor.
- En caso de que se presente sangrado, comuníquese al consultorio de inmediato.
- No escupir.
- No colocar la lengua en la zona de la cirugía o extracción.

En caso de dudas favor de llamar a su alumno tratante.

Nombre del alumno: _____

Teléfono: _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
ORDEN PARA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS



Especialidad:		Fecha:		FOLIO	
Alumno:				Matrícula	
Paciente:				Expediente	

Pacientes en general

- Panorámica
- Panorámica y lateral de cráneo
- Lateral de cráneo
- Tomografía
- Implantología
- Tomografía de ATM

Pacientes Ortodoncia

- Tomografía inicial
- Tomografía de seguimiento
- Tomografía final

Especificaciones:

Indicaciones:

Paciente de nuevo ingreso tiene derecho a 3 tomografías con el pago de sus anticipos (inicio tratamiento ortodoncia).
 Obligatorio el presentar el recibo de pago Para pacientes en general el recibo de pago correspondiente al estudio a realizar.
 Para pacientes de ortodoncia recibo de pago de primer anticipo (tomografía inicial) y segundo anticipo (tomografías de seguimiento y final) o en su caso solicitar estado de cuenta en caja donde aparezca la realización de los pagos

Firma autorización



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
ORDEN PARA ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS



Especialidad:		Fecha:		FOLIO	
Alumno:				Matrícula	
Paciente:				Expediente	

Pacientes en general

- Panorámica
- Panorámica y lateral de cráneo
- Lateral de cráneo
- Tomografía
- Implantología
- Tomografía de ATM

Pacientes Ortodoncia

- Tomografía inicial
- Tomografía de seguimiento
- Tomografía final

Especificaciones:

Indicaciones:

Paciente de nuevo ingreso tiene derecho a 3 tomografías con el pago de sus anticipos (inicio tratamiento ortodoncia).
 Obligatorio el presentar el recibo de pago Para pacientes en general el recibo de pago correspondiente al estudio a realizar.
 Para pacientes de ortodoncia recibo de pago de primer anticipo (tomografía inicial) y segundo anticipo (tomografías de seguimiento y final) o en su caso solicitar estado de cuenta en caja donde aparezca la realización de los pagos

Firma autorización



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
BITÁCORA DE PRÉSAMO DE EQUIPO A COMODATO

BITÁCORA DE PRÉSAMO DE EQUIPO A COMODATO

Fecha	Matrícula	Alumno	Programa de posgrado	EQUIPO A PRÉSTAMO		Firma de recepción (confirma funcionalidad)	Firma de entrega (confirma buen uso y funcionalidad)
				Equipo solicitado	Número de control		



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
BITÁCORAS

SOLICITUD DE ATENCIÓN ESPECIAL DE PACIENTES DE POSGRADO

Especialidad que remite	Nombre del alumno remitidor y matrícula	Datos del paciente			Teléfonos de contacto	Tratamiento requerido Descripción general (priorizar necesidades)	Alumno tratante Exclusivo Coordinación
		Paciente sin expediente	Número de expediente	Nombre completo			



Universidad Autónoma de Baja California
 Facultad de Odontología Mexicali
BITÁCORAS

BITÁCORA DE ENTREGA DE MATERIALES DE FARMACIA

Fecha	Alumno		Paciente		Insumos	Firma Alumno
	Nombre y matrícula	Nombre	Nombre	Expediente		
				Descripción de materiales entregados		



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
BITÁCORAS

REPORTE DIARIO DE ATENCIÓN DE PACIENTES EN CLÍNICA

Fecha	Alumno		Paciente		ESPECIALIDAD	Firma Docente
	Nombre	Matricula	Nombre	Expediente		
					Procedimiento realizado	



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR COMODATO TEMPORAL



Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO

POR MEDIO DE LA PRESENTE, SE HACE CONSTAR LA ENTREGA POR PARTE DEL PERSONAL DE FARMACIA DEL (LOS) EQUIPO (S):

CON EL (LOS) NÚMERO (S) DE CONTROL: _____

Se declara haber recibido el (los) equipos en estado óptimo de uso, por lo cual se compromete a cuidarlos y utilizarlos correctamente de acuerdo a las actividades que le sean asignadas, así como también a devolverlos al área posterior e inmediato a su uso.

Con su firma se hace responsable de su pérdida o falla por mal uso, quedando a disposición para las responsabilidades administrativas que deriven del mismo.

Firma del alumno



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR COMODATO TEMPORAL



Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO

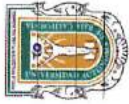
POR MEDIO DE LA PRESENTE, SE HACE CONSTAR LA ENTREGA POR PARTE DEL PERSONAL DE FARMACIA DEL (LOS) EQUIPO (S):

CON EL (LOS) NÚMERO (S) DE CONTROL: _____

Se declara haber recibido el (los) equipos en estado óptimo de uso, por lo cual se compromete a cuidarlos y utilizarlos correctamente de acuerdo a las actividades que le sean asignadas, así como también a devolverlos al área posterior e inmediato a su uso.

Con su firma se hace responsable de su pérdida o falla por mal uso, quedando a disposición para las responsabilidades administrativas que deriven del mismo.

Firma del alumno



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR COMODATO TEMPORAL



Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO

POR MEDIO DE LA PRESENTE, SE HACE CONSTAR LA ENTREGA POR PARTE DEL PERSONAL DE FARMACIA DEL (LOS) EQUIPO (S):

CON EL (LOS) NÚMERO (S) DE CONTROL: _____

Se declara haber recibido el (los) equipos en estado óptimo de uso, por lo cual se compromete a cuidarlos y utilizarlos correctamente de acuerdo a las actividades que le sean asignadas, así como también a devolverlos al área posterior e inmediato a su uso.

Con su firma se hace responsable de su pérdida o falla por mal uso, quedando a disposición para las responsabilidades administrativas que deriven del mismo.

Firma del alumno



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Coordinación de Clínicas
VALE POR COMODATO TEMPORAL



Alumno	Matrícula	DÍA	MES	AÑO

POR MEDIO DE LA PRESENTE, SE HACE CONSTAR LA ENTREGA POR PARTE DEL PERSONAL DE FARMACIA DEL (LOS) EQUIPO (S):

CON EL (LOS) NÚMERO (S) DE CONTROL: _____

Se declara haber recibido el (los) equipos en estado óptimo de uso, por lo cual se compromete a cuidarlos y utilizarlos correctamente de acuerdo a las actividades que le sean asignadas, así como también a devolverlos al área posterior e inmediato a su uso.

Con su firma se hace responsable de su pérdida o falla por mal uso, quedando a disposición para las responsabilidades administrativas que deriven del mismo.

Firma del alumno



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

VALE TEMPORAL DE SALIDA

Fecha: _____

Por medio del presente se hace constar que se retira de esta Unidad Académica:

DESCRIPCIÓN:

MARCA:	MODELO:
SERIE:	CONTROL:

MOTIVO:

Comprometiéndose a su devolución a esta Unidad Académica.

Se hace entrega del Equipo antes descrito por parte de la Administración de la Facultad de Odontología Mexicali.

Autoriza salida

Recibe

Mtra. Dolores Montserrat Valdez Amaya
Administradora

Nombre _____

Puesto _____



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
Constancia de entrega de instrumental y/o equipo



Fecha: _____

Por medio del presente, se hace constar la entrega de los siguiente:

No. de Control	Concepto	Ubicación

Se declara haber recibido los materiales y/o equipos como herramientas de trabajo, por lo cual se compromete a cuidarlos y utilizarlos correctamente de acuerdo a las actividades que le sean asignadas, también a devolverlos cuando tenga que dejar el servicio por algún motivo o por el desgaste de uso. Con firma se hace responsable por la pérdida de equipos y/o instrumental a su cargo.

Entrega

Recibe



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Constancia de Recepción



Por medio del presente se hace constar que el empleado:

_____ ,
con número de empleado _____, entrega a esta Unidad Académica lo siguiente:

DESCRIPCIÓN:

MARCA: _____ SERIE: _____
NÚM DE CONTROL : _____

MOTIVO: _____

Se recibe el equipo antes descrito por parte de la Administración de la Facultad de Odontología Mexicali, a los 09 días del mes de diciembre de 2020.

Recibe

Entrega

Mtra. Dolores Montserrat Valdez Amaya
Administradora

Universidad Autónoma de Baja California



Facultad de Odontología Mexicali Constancia de entrega de material consumible



Fecha: _____
Ubicación destino: _____

Por medio del presente, se hace constar la entrega de los siguientes materiales y/o equipos:

Cantidad	Descripción detallada

Se declara haber recibido los materiales, por lo cual se compromete a cuidarlos y utilizarlos correctamente de acuerdo a las actividades que le sean asignadas.

Entrega	Recibe
Nombre _____	Nombre _____
No. de empleado _____	No. de empleado _____
Puesto _____	Puesto _____



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali
Revisión Técnica



Fecha _____

Control	Descripción	Motivo de revisión

Recibe

Entrega

Nombre y firma

Nombre y firma



Fecha _____

Diagnóstico	Estado actual del equipo
	<input type="checkbox"/> Funcionando <input type="checkbox"/> Dañado <input type="checkbox"/> Propuesto a baja

Entrega

Recibe

Nombre y firma

Nombre y firma



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología, Mexicali



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología, Mexicali



Fecha: _____

1

Fecha: _____

1

Recibimos de : _____

Recibimos de : _____

La cantidad de : _____

La cantidad de : _____

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extracción	\$	_____
Obtención amalgama dinete permanente	\$	_____
Obtención amalgama dinete temporal	\$	_____
Profilaxis y aplicación de fluor	\$	_____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$	_____
Resina Infantil	\$	_____
Revisión	\$	_____
Pulpotomía	\$	_____
Pulpectomía	\$	_____
Corona Acero Cromo	\$	_____
Limpieza de adulto	\$	_____
Curetaje Cerrado	\$	_____
Resina de Adulto	\$	_____
Total	\$	_____
Firma		_____

Extracción	\$	_____
Obtención amalgama dinete permanente	\$	_____
Obtención amalgama dinete temporal	\$	_____
Profilaxis y aplicación de fluor	\$	_____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$	_____
Resina Infantil	\$	_____
Revisión	\$	_____
Pulpotomía	\$	_____
Pulpectomía	\$	_____
Corona Acero Cromo	\$	_____
Limpieza de adulto	\$	_____
Curetaje Cerrado	\$	_____
Resina de Adulto	\$	_____
Total	\$	_____
Firma		_____

Fecha: _____

2

Fecha: _____

2

Recibimos de :

Recibimos de :

La cantidad de :

La cantidad de :

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extracción	\$ _____
Obturación amalgama dinete permanente	\$ _____
Obturación amalgama dinete temporal	\$ _____
Profilaxis y aplicación de fluor	\$ _____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$ _____
Resina Infantil	\$ _____
Revisión	\$ _____
Pulpotomía	\$ _____
Pulpectomía	\$ _____
Corona Acero Cromo	\$ _____
Limpieza de adulto	\$ _____
Curetaje Cerrado	\$ _____
Resina de Adulto	\$ _____
Total	\$ _____

Firma

Firma

Total \$ _____

Total \$ _____

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA



Facultad de Odontología, Mexicali



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA



Facultad de Odontología, Mexicali

Fecha:

3

Fecha:

3

Recibimos de :

Recibimos de :

La cantidad de :

La cantidad de :

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extraccion	\$	_____
Obturacion amalgama dinete permanente	\$	_____
Obturacion amalgama dinete temporal	\$	_____
Profilaxis y aplicacion de fluor	\$	_____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$	_____
Resina Infantil	\$	_____
Revisión	\$	_____
Pulpotomia	\$	_____
Pulpectomia	\$	_____
Corona Acero Cromo	\$	_____
Limpieza de adulto	\$	_____
Curetaje Cerrado	\$	_____
Resina de Adulto	\$	_____
Total	\$	_____

Extraccion	\$	_____
Obturacion amalgama dinete permanente	\$	_____
Obturacion amalgama dinete temporal	\$	_____
Profilaxis y aplicacion de fluor	\$	_____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$	_____
Resina Infantil	\$	_____
Revisión	\$	_____
Pulpotomia	\$	_____
Pulpectomia	\$	_____
Corona Acero Cromo	\$	_____
Limpieza de adulto	\$	_____
Curetaje Cerrado	\$	_____
Resina de Adulto	\$	_____
Total	\$	_____

Firma

Firma



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali

"VALE DE HISTORIAS CLINICA"
CLÍNICA :

No. de Matrícula _____

Nombre del alumno

Concepto

Firma : _____

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FOMADM-09 REV.0



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali

"VALE DE HISTORIAS CLINICA"
CLÍNICA :

No. de Matrícula _____

Nombre del alumno

Concepto

Firma : _____

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FOMADM-09 REV.0



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali

"VALE DE HISTORIAS CLINICA"
CLÍNICA :

No. de Matrícula _____

Nombre del alumno

Concepto

Firma : _____

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FOMADM-09 REV.0



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali

"VALE DE HISTORIAS CLINICA"
CLÍNICA :

No. de Matrícula _____

Nombre del alumno

Concepto

Firma : _____

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

FOMADM-09 REV.0



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO TEMPÓRAL
INTERSEMESTRALES SEMESTRE 2022-01



FECHA:

FOLIO

ALUMNO

No. Matricula

Nombre

Teléfono

Correo Electrónico:

Materia a cursar :

Importe :

\$ _____

Mtra. Dolores Monserrat Valdez Amaya
Administradora de la Fac. de Odontología

Lic. Alicia Balderrama Payán
Jefe de Ofna. Área Cajas de la Fac. de Odontología

Mexicali, Baja California a de enero 2021

FOMAMD-10 REV.O

ORIGINAL FACULTAD



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO TEMPÓRAL
INTERSEMESTRALES SEMESTRE 2022-01



FECHA: _____

FOLIO

ALUMNO

No. Matricula _____

Nombre _____

Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

Materia a cursar : _____

Importe : \$ _____

Mtra. Dolores Monserrat Valdez Amaya
Administradora de la Fac. de Odontología

Lic. Alicia Balderrama Payán
Jefe de Ofna. Área Cajas de la Fac. de Odontología

Mexicali, Baja California a _____ de enero 2021

FOMADM-10 REV.0

COPIA ALUMNO FACULTAD



FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO TEMPÓRAL
INTERSEMESTRALES SEMESTRE 2020-02



FECHA: _____

FOLIO _____

ALUMNO

No. Matricula _____

Nombre _____

Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

Materia a cursar : _____

Importe : \$ _____

Mtra. Dolores Monserrat Valdez Amaya
Administradora de la Fac. de Odontología

Lic. Alicia Balderrama Payán
Jefe de Ofna. Área Cajas de la Fac. de Odontología

Mexicali, Baja California a de enero 2021

FOMAMD-10 REV.O

COPIA SUB-DIRECCIÓN



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

REGLAMENTO USO DE CASILLEROS

El presente reglamento tiene por objeto regular el uso y conservación de los casilleros al servicio de los alumnos de las Clínicas de la Facultad de Odontología, así como los derechos y obligaciones de los usuarios.

Disposiciones Generales.

- Todos los estudiantes tienen derecho a solicitar un casillero, se le dará preferencia a seleccionar su ubicación, con base a tiempo de solicitud.
- El costo por semestre es de \$100, se requiere el recibo para la asignación.
- Sólo se cederá un casillero por estudiante. El uso del casillero no es transferible.
- El alumno deberá de comprar su propio candado.
- La Administración de la Facultad, se reserva el derecho de realizar inspecciones específicas o al azar y en caso de existir algún artículo prohibido, se procederá a la sanción estatutaria y en su caso, poner en conocimiento a las autoridades judiciales.
- **Abstenerse de rayar, pintar y pegar fotos o estampas en el mismo.**
- La institución **no se hará responsable por el resguardo de lo contenido en el casillero**, el alumno que asume a su cargo los riesgos de su guarda dentro del casillero.
- La Administración tendrá la facultad de suspender el servicio de casillero a cualquier usuario que falte a lo estipulado en este documento.

Devolución del Casillero.

- La fecha de devolución de casillero será notificada al alumno vía correo electrónico a la dirección que designe en el formato de aceptación del presente reglamento.
- El área encargada de la administración de los casilleros deberá registrar la devolución del casillero junto con la firma del alumno responsable.

De las Sanciones.

- En caso de **NO** ser desalojado el casillero en tiempo y forma, será desalojado por la Administración y un representante de la Sociedad de Alumnos de la Facultad de Odontología, se abrirá el casillero y sacarán las pertenencias existentes, depositandolos en una bolsa que será sellada y debidamente identificada para que el alumno pueda solicitar sus pertenencias, esto dentro de los 7 días naturales del desalojo; la Administración **NO SE HACE RESPONSABLE** del contenido del casillero pasado este periodo de tiempo.
- La Facultad de Odontología se **RESERVA** el derecho de **NO OTORGAR EL USO DE CASILLERO** en el siguiente semestre a el alumno que haya incumplido el presente Reglamento.

Mexicali, Baja California a 6 de agosto de 2019

FOMADM-11 REV.O



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali



Solicitud de correcciones de caja

Fecha del corte: _____

Motivo de la corrección:

Firma de solicitante

ADMINISTRACIÓN

Acciones:

Firma de Administrador (a)

Firma de Jefe de Oficina de Cajas



**REGLAMENTO DE USO DE CASILLEROS
CICLO ESCOLAR 2022-1**



He leído y estoy enterado del Reglamento al uso de casilleros.

Casillero asignado Grupo _____

Acepto condiciones

Alumno(a): _____

Matrícula: _____

Núm. Telefónico para su localización: _____

Correo electrónico _____

Mexicali Baja California a ____ días del mes de _____ de 2022.

FIRMA



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali



"VALE DE INSTRUMENTAL"

CLÍNICA NARANJOS

Clinica de Odontología No.10

Nombre del alumno	No. de Matrícula

Concepto

Firma :

Fecha :

FOMADM-14 REV.0



Universidad Autónoma de Baja California
Facultad de Odontología Mexicali



"VALE DE INSTRUMENTAL"

CLÍNICA NARANJOS

Clinica de Odontología No.10

Nombre del alumno	No. de Matrícula

Concepto

Firma :

Fecha :

FOMAMD-14 REV.0

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO TEMPÓRAL



Caja #3 CALAFIA SEMESTRE 2019-02

FECHA: _____

FOLIO **1**

ALUMNO
No. Matricula _____
Nombre _____
Teléfono _____
Correo Electrónico: _____

EMPLEADO
No. Empl _____
Nombre _____
Teléfono _____
Correo Electrónico: _____

Expediente : _____

Nombre del Paciente : _____

Concepto: _____

Importe : \$ _____

Mexicali, Baja California

Nombre y firma de Cajero

MIGUEL ALONSO VALDEZ CASSIO

FOMADM-15 REV.0



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI
CLINICAS**



FOLIO 1

Por este conducto informo a usted que el C.

_____ fue atendido en estas Clinicas el día _____
en un horario de _____

Se extiende la presente, para los fines que convenga a el interesado.

Mexicali, Baja California a ____ de _____ de 2021

Atentamente

Coordinación de Clínica

FOMADM-16 REV.0



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI
CLINICAS**



FOLIO 2

Por este conducto informo a usted que el C.

_____ fue atendido en estas Clinicas el día _____
en un horario de _____

Se extiende la presente, para los fines que convenga a el interesado.

Mexicali, Baja California a ____ de _____ de 2021

Atentamente

Coordinación de Clínica

FOMAMD-16 REV.0



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Fac. Odontología Mexicali

CAJA #3 CALAFIA

SANTANDER

M.N. 65501399913

BILLETES	
\$500.00	\$
\$200.00	\$
\$100.00	\$
\$50.00	\$
\$20.00	\$
\$	

MONEDAS	
\$10.00	\$
\$5.00	\$
\$2.00	\$
\$1.00	\$
\$0.50	\$
\$0.10	\$
\$0.05	\$
Monedas \$0.00	

TOTAL

\$

FOMAMID17 - REV.0



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Fac. Odontología Mexicali

CAJA #3 CALAFIA

SANTANDER

DLLS 82500229968

Cantidad	Importe	Total
	\$100.00	\$0.00
	\$50.00	\$0.00
	\$20.00	\$0.00
	\$10.00	\$0.00
	\$5.00	\$0.00
	\$1.00	\$0.00
Monedas		\$0.00

	\$10.00	\$0.00
	\$5.00	\$0.00
	\$2.00	\$0.00
	\$1.00	\$0.00
	\$0.50	\$0.00
	\$0.20	\$0.00
Monedas		\$0.00

TOTAL

\$0.00

FOMAMID17 - REV.0



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Fac. Odontología Mexicali



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

Fac. Odontología Mexicali

CAJA #3 CALAFIA

SANTANDER

M.N. 65501399913

BILLETES	
\$500.00	\$
\$200.00	\$
\$100.00	\$
\$50.00	\$
\$20.00	\$
\$	

MONEDAS	
\$10.00	\$
\$5.00	\$
\$2.00	\$
\$1.00	\$
\$0.50	\$
\$0.10	\$
\$0.05	\$
\$0.00	

Monedas **\$0.00**

TOTAL

\$

FOMADM-17 REV.0

CAJA #3 CALAFIA

SANTANDER

DLLS 82500229968

Cantidad	Importe	Total
	\$100.00	\$0.00
	\$50.00	\$0.00
	\$20.00	\$0.00
	\$10.00	\$0.00
	\$5.00	\$0.00
	\$1.00	\$0.00

	\$10.00	\$0.00
	\$5.00	\$0.00
	\$2.00	\$0.00
	\$1.00	\$0.00
	\$0.50	\$0.00
	\$0.20	\$0.00
Monedas		\$0.00

Monedas **\$0.00**

\$0.00

FOMADM-17 REV.0



Fecha: _____

1

Recibimos de : _____

La cantidad de : _____

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extraccion	\$ _____
Obturacion amalgama dinete permanente	\$ _____
Obturacion amalgama dinete temporal	\$ _____
Profilaxis y aplicacion de fluor	\$ _____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$ _____
Resina Infantil	\$ _____
Revisión	\$ _____
Pulpotomia	\$ _____
Pulpectomia	\$ _____
Corona Acero Cromo	\$ _____
Limpieza de adulto	\$ _____
Curetaje Cerrado	\$ _____
Resina de Adulto	\$ _____
Total	\$ _____

Firma



Fecha: _____

1

Recibimos de : _____

La cantidad de : _____

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extraccion	\$ _____
Obturacion amalgama dinete permanente	\$ _____
Obturacion amalgama dinete temporal	\$ _____
Profilaxis y aplicacion de fluor	\$ _____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$ _____
Resina Infantil	\$ _____
Revisión	\$ _____
Pulpotomia	\$ _____
Pulpectomia	\$ _____
Corona Acero Cromo	\$ _____
Limpieza de adulto	\$ _____
Curetaje Cerrado	\$ _____
Resina de Adulto	\$ _____
Total	\$ _____

Firma



Fecha: _____

2

Recibimos de : _____

La cantidad de : _____

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extraccion	\$	_____
Obturacion amalgama dinete permanente	\$	_____
Obturacion amalgama dinete temporal	\$	_____
Profilaxis y aplicacion de fluor	\$	_____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$	_____
Resina Infantil	\$	_____
Revisión	\$	_____
Pulpotomia	\$	_____
Pulpectomia	\$	_____
Corona Acero Cromo	\$	_____
Limpieza de adulto	\$	_____
Curetaje Cerrado	\$	_____
Resina de Adulto	\$	_____

Total \$ _____

Firma



Fecha: _____

2

Recibimos de : _____

La cantidad de : _____

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extraccion	\$	_____
Obturacion amalgama dinete permanente	\$	_____
Obturacion amalgama dinete temporal	\$	_____
Profilaxis y aplicacion de fluor	\$	_____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$	_____
Resina Infantil	\$	_____
Revisión	\$	_____
Pulpotomia	\$	_____
Pulpectomia	\$	_____
Corona Acero Cromo	\$	_____
Limpieza de adulto	\$	_____
Curetaje Cerrado	\$	_____
Resina de Adulto	\$	_____

Total \$ _____

Firma



Fecha: _____

3

Fecha: _____

3

Recibimos de : _____

Recibimos de : _____

La cantidad de : _____

La cantidad de : _____

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

POR CONCEPTO DE SERVICIO DENTAL:

Extracción	\$ _____
Obturación amalgama dinete permanente	\$ _____
Obturación amalgama dinete temporal	\$ _____
Profilaxis y aplicación de fluor	\$ _____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$ _____
Resina Infantil	\$ _____
Revisión	\$ _____
Pulpotomía	\$ _____
Pulpectomía	\$ _____
Corona Acero Cromo	\$ _____
Limpieza de adulto	\$ _____
Curetaje Cerrado	\$ _____
Resina de Adulto	\$ _____
Total	\$ _____

Extracción	\$ _____
Obturación amalgama dinete permanente	\$ _____
Obturación amalgama dinete temporal	\$ _____
Profilaxis y aplicación de fluor	\$ _____
Selladores de Fisura (por pieza)	\$ _____
Resina Infantil	\$ _____
Revisión	\$ _____
Pulpotomía	\$ _____
Pulpectomía	\$ _____
Corona Acero Cromo	\$ _____
Limpieza de adulto	\$ _____
Curetaje Cerrado	\$ _____
Resina de Adulto	\$ _____
Total	\$ _____

Firma _____

Firma _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE RESGUARDO DE DINERO

\$

FECHA : _____

FIRMA: _____

FOMAMD-18 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE RESGUARDO DE DINERO

\$

FECHA : _____

FIRMA: _____

FOMAMD-18 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE RESGUARDO DE DINERO

\$

FECHA : _____

FIRMA: _____

FOMAMD-18 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE RESGUARDO DE DINERO

\$

FECHA : _____

FIRMA: _____

FOMAMD-18 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE RESGUARDO DE DINERO

\$

FECHA : _____

FIRMA: _____

FOMAMD-18 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE RESGUARDO DE DINERO


\$

FECHA : _____

FIRMA: _____

FOMAMD-18 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE EFECTIVO ENVIADO POR
CAMBIO AL BANCO



\$500	X	_____
\$200	X	_____
\$100	X	_____
TOTAL		_____

Fecha : _____

FOMAMD-19 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE EFECTIVO ENVIADO POR
CAMBIO AL BANCO




\$500	X	_____
\$200	X	_____
\$100	X	_____
TOTAL		_____

Fecha : _____

FOMAMD-19 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE EFECTIVO ENVIADO POR
CAMBIO AL BANCO




\$500	X	_____
\$200	X	_____
\$100	X	_____
TOTAL		_____

Fecha : _____

FOMAMD-19 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE EFECTIVO ENVIADO POR
CAMBIO AL BANCO




\$500	X	_____
\$200	X	_____
\$100	X	_____
TOTAL		_____

Fecha : _____

FOMAMD-19 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE EFECTIVO ENVIADO POR
CAMBIO AL BANCO




\$500	X	
\$200	X	
\$100	X	
TOTAL		

Fecha : _____

FOMAMD-19 REV.0

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
RECIBO DE EFECTIVO ENVIADO POR
CAMBIO AL BANCO



\$500	X	
\$200	X	
\$100	X	
TOTAL		

Fecha : _____

FOMAMD-19 REV.0



ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS

FACULTAD DE ODONTOLOGIA MEXICALI



FECHA: _____

NOMBRE DEL AREA EVALUADA: CAJA

SEÑALA CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA

1. TRATO DEL PERSONAL

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

2. INFORMACION Y ALCLARACION DE DUDAS

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

3. TIEMPO DE ESPERA PARA SU ATENCION

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

4. ATENCION EN EL SERVICIO

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

5. DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DEL AREA

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

FOMADM-20 Rev.0



ENCUESTA DE SATISFACCION DE USUARIOS

FACULTAD DE ODONTOLOGIA MEXICALI



FECHA: _____

NOMBRE DEL AREA EVALUADA: CAJA

SEÑALA CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA

1. TRATO DEL PERSONAL

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

2. INFORMACION Y ALCLARACION DE DUDAS

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

3. TIEMPO DE ESPERA PARA SU ATENCION

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

4. ATENCION EN EL SERVICIO

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

5. DISPONIBILIDAD DEL PERSONAL DEL AREA

EXCELENTE MUY BUENO BUENO REGULAR DEFICIENTE MALO

FOMADM-20 Rev. 0



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI
BIBLIOTECA

Comprobante de cancelación de sanción económica

Usuario :

Matrícula:

Mexicali Baja California a los

Causa de la cancelación:

importe cancelado:

días del mes

de 20

" POR LA REALIZACIÓN PLENA DEL SER "

AUTORIZÓ

FOMBI-01 Rev.1



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Biblioteca de Odontología Mexicali

MATERIAL PARA REPARACIÓN

Fecha: _____

No.	No. de inventario	No.	No. de inventario	No.	No. de inventario
1		31		61	
2		32		62	
3		33		63	
4		34		64	
5		35		65	
6		36		66	
7		37		67	
8		38		68	
9		39		69	
10		40		70	
11		41		71	
12		42		72	
13		43		73	
14		44		74	
15		45		75	
16		46		76	
17		47		77	
18		48		78	
19		49		79	
20		50		80	
21		51		81	
22		52		82	
23		53		83	
24		54		84	
25		55		85	
26		56		86	
27		57		87	
28		58		88	
29		59		89	
30		60		90	

Reparador

FOMBI-02 Rev-01



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Biblioteca de Odontología Mexicali
MATERIAL PARA DESCARTE

Fecha: _____

No.	Tipo de Material	Título	No. de Inventario	Motivo del Descarte	Se descarta por Comité:	
					SI	NO
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

- (L) Libros
- (R) Revistas
- (T) Tesis
- (O) Otros

Comité de Biblioteca y Editorial
Firma de Autorizado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali
Biblioteca

CONTROL DE PERIÓDICOS

Nombre del Periódico: _____

Año _____

MES/DÍAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ENERO																																
FEBRERO																																
MARZO																																
ABRIL																																
MAYO																																
JUNIO																																
JULIO																																
AGOSTO																																
SEPTIEMBRE																																
OCTUBRE																																
NOVIEMBRE																																
DICIEMBRE																																



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Odontología Mexicali

Bitácora de Recepción de Material

Cantidad	Tipo de Recepción	Fecha de Recepción	Fecha de Envío a Comité	Fecha de Autorización por Comité	Fecha de Envío a Procesos Técnicos	Observaciones

(MD) Material por Donación
(MS) Material por Sustitución
(MR) Material por Reposición

* Las fechas de envío y autorización de comité sólo aplicará al material de donación.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS

Facultad de Odontología Mexicali



Fecha: _____

Cómo considera el servicio de la **Biblioteca** en cuanto a:

No.	Servicio	Excelente	Muy Buena	Regular	Deficiente	Mala
1.-	Atención y trato del personal.					
2.-	Préstamo de material bibliográfico.					
3.-	Acomodo de acervo.					
4.-	Préstamo de cubículos.					
5.-	Disponibilidad del personal.					

FOMBI-06 Rev. 0



Universidad Autónoma de Baja California
Biblioteca de la Facultad de Odontología-Mexicali
Cardex de Publicaciones Periódicas

Título: _____
Editor: _____ Suscripción: _____
Dirección: _____ Vence: _____ Compra: _____ Canje: _____ Donación: _____
Periodicidad: _____
ISSN _____ Vols. por año: _____

AÑO	Ser.	Vol.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Notas	Ind. y p.	Costo

TÍTULO: _____
FOMBI-07



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
BIBLIOTECA DE ODONTOLOGÍA MEXICALI**

REGISTRO DE PUBLICACIONES PERIÓDICAS

Tipo de Recepción: Donativo Compra

TÍTULO	VOL.	NÚM.	MES / AÑO	RECIBIÓ	OBSERVACIONES



No. ITEM
UABC

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI
TARJETA CONTROL DE PRESTAMO

AUTOR: _____

TITULO: _____

CLAVE: _____

FECHA DE VENCIMIENTO	NOMBRE DEL LECTOR



BIBLIOTECA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXCALI

REGISTRO DE COMPRAS

Fecha	No. Factura	Proveedor	Unidades adquiridas	Recursos	Orden de Compra UABC	Importe de la Factura	Conforme con el servicio?	No Conformidad Presentada (tiempo de entrega y compra del servicio solicitado)
							SI	
			0			\$		
						-		



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

No. Revisión: 02

Fecha de elaboración:

27/01/2023

Página:1 de 1

Código:

2-214-FOM

LISTADO DE PERSONAL QUE OCUPA MÁS DE UN PUESTO

Código del puesto	Nombre del puesto	Nombre de la persona que ocupa el puesto	Justificación
2-214-23-27	COORDINADOR(A) DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO	Maikel Hermida Rojas	Puesto asignado por nombramiento
2-214-23-35	RESPONSABLE DE DOCTORADO EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS	Maikel Hermida Rojas	Puesto asignado por nombramiento. Es el responsable del área debido a que es un programa educativo de nueva creación coordinado por el docente.
2-214-23-24	RESPONSABLE DE PROGRAMA COMUNITARIO (LABIO Y PALADAR HENDIDO)	Norma Patricia Figueroa Fernández	Puesto asignado por nombramiento y de acuerdo al perfil de Cirugía Maxilofacial
2-214-23-36	ENCARGADO (A) DE CLÍNICAS	Norma Patricia Figueroa Fernández	Puesto asignado por nombramiento
2-214-23-26	RESPONSABLE DE EMPRENDEDORES	Ma. Carolina Hernández Castellanos	Puesto asignado por nombramiento.
2-214-23-38	RESPONSABLE ESTUDIOS DE IMAGENOLÓGÍA	Ma. Carolina Hernández Castellanos	Puesto asignado por nombramiento.
2-214-23-18	RESPONSABLE DE LABORATORIO DE ETAPA DISCIPLINARIA	Jesús Antonio Camacho Mondragón	Puesto asignado por nombramiento
2-214-23-20	RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIAL PROFESIONAL	Jesús Antonio Camacho Mondragón	Puesto asignado por nombramiento.



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA MEXICALI**

No. Revisión: 02
Fecha de elaboración:
27/01/2023
Página:1 de 1

**LISTADO DE PUESTOS ASIGNADOS A LA UNIDAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD**

Código:
2-214-FOM

NOMBRE DEL PUESTO:	NOMBRE DE LA PERSONA:
RESPONSABLE DE ACADÉMIAS	DR. SERAFÍN HIGUERA NICOLÁS ADDIE
RESPONSABLE DEL SERVICIO SOCIAL COMUNITARIO	M.C. SILVA MANCILLA MARINA CONCEPCIÓN
DOCENTE	MED. ALCALDE ARRAYALES EDGARDO
DOCENTE	C.D. ALVAREZ PAYÁN ANA BEATRIZ
DOCENTE	MED. ARMENTA MENA FAUSTO
DOCENTE	C.D. BARRAGAN SÁNCHEZ ISEL
DOCENTE	MED. COLLINS PATRON ALONSO ENRIQUE
DOCENTE	QUIM. ESCALANTE GAMEZ EVELIA
DOCENTE	C. D HERNANDEZ ESPINOZA SALVADOR
DOCENTE	M.C. SÁNCHEZ BALTAZAR ALBA NIDIA

Nota. El listado refleja las plazas de la Facultad de Odontología asignadas a la Unidad de Ciencias de la Salud con corte a enero 2023.