

RESOLUCIÓN UNRN - AVVM CPyGE N° 04/2023

GENERAL ROCA, 29 de agosto de 2023

VISTO, el Expediente N° 1132/2022 del registro de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, la ley N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, el Estatuto de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) UNRN 2019-2025, la Resolución CPyGE N° 08/2022 de registros del Hospital de Escuela de Odontología, y

CONSIDERANDO

Que la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con las/os Profesionales e Instituciones de la Salud establece, entre otras, la instrumentación por escrito y suscrito del consentimiento informado; y la historia clínica indicada como aquel documento obligatorio, cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al/a la paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

Que la normativa citada establece que la historia clínica es inviolable y que los establecimientos asistenciales tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarias, debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas, siéndole aplicables tanto las disposiciones relativas al depósito como el estricto cumplimiento de la normativa relativa a la protección de datos personales.

Que en el caso de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO, Sede Alto Valle - Valle Medio, el establecimiento asistencial depositario es el Hospital Escuela de Odontología, habilitado mediante la Superintendencia de Servicios de Salud bajo Código Federal de Establecimientos de Salud N° 50620422570953.

Que la historia clínica debe asentar obligatoriamente la fecha de inicio de su confección, datos identificatorios del/de la paciente y su núcleo familiar, datos identificatorios del/de la profesional interviniente y su especialidad, registros claros y precisos de los actos realizados por profesionales y auxiliares; datos genéticos, fisiológicos y patológicos (si los hubiere) del/de la paciente, registros odontológicos



que permitan la identificación del/de la paciente y todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y, en caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Asimismo, la historia clínica debe registrar la decisión del/de la paciente de revocar tanto el consentimiento como el rechazo de los tratamientos indicados, manifestación que el/la Profesional actuante debe acatar y dejar constancia que ha adoptado todas las formalidades que permitan acreditar dicha voluntad y que la revocación fue motivo de decisión en conocimiento de los riesgos previsibles que implica.

Que la dirección de carrera de Odontología con aval de la dirección de la Escuela de Salud y Desarrollo Humano han presentado una propuesta de historia clínica que contempla los aspectos referenciados.

Que el Plan de Desarrollo Institucional (PDI) UNRN 2019 - 2025 en el capítulo referido a la Gestión Institucional - acápite otros planes de mejoras continuas en la organización establece como objetivos, entre otros, la implementación eficaz de procedimientos administrativos que sean funcionales, en forma dinámica, a las necesidades y características institucionales, particularmente plasmados en el Eje 8, meta 8.1, promoviendo el fortalecimiento de la organización institucional administrativa y de personal, incluyendo sistemas, manuales de procedimientos, tecnologías, capacitación, avances normativos y personal formado de acuerdo a las demandas administrativas de la UNRN, trabajando en la instalación de formas de gestión participativas para el logro de los objetivos institucionales.

Que es necesario difundir y facilitar los trámites otorgando premisas claras, capacitar al personal y sensibilizar a la comunidad universitaria.

Que conforme Resolución CPyGE AVVM N° 008/2022, corresponde dejar establecido que el registro de historia clínica, incluido el consentimiento informado y

todo aquel que requiera registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, deberá realizarse con los datos vigentes en su DNI, bajo la modalidad establecida en el párrafo segundo del artículo 12º de la Ley N° 26743, en el que se establece que: *“Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a”*.

Que la presente será suscripta por la Secretaría del Consejo de Programación y Gestión Estratégica de la Sede Alto Valle - Valle Medio.

Que en la Sesión Ordinaria conforme lo establece el Artículo 13º del Estatuto Universitario, realizada el 29 de agosto de 2023 por el Consejo de Programación y Gestión Estratégica de la Sede Alto Valle – Valle Medio, ha sido tratado el tema en el punto 6 del orden del día, habiéndose aprobado por unanimidad por parte de las/os integrantes presentes del mismo.

Que la presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 32º del Estatuto de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO.

Por ello,

**EL CONSEJO DE PROGRAMACIÓN Y GESTIÓN ESTRATÉGICA
DE LA SEDE ALTO VALLE – VALLE MEDIO DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO**

RESUELVE:

ARTÍCULO 1º.- Aprobar los modelos de historia clínica para el Hospital Escuela de Odontología, Sede Alto Valle - Valle Medio de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO obrantes en los ANEXOS I a V que integran la presente.

ARTÍCULO 2º.- Conforme lo dispuesto por la Resolución CPyGE AVVM N° 08/2022, establecer que deberán arbitrarse las medidas necesarias para que los y las pacientes puedan acreditar su identidad a todos los efectos que hubiere lugar, bajo la modalidad establecida en el párrafo segundo del artículo 12º de la Ley 26743,



registrando los datos obrantes en el documento nacional de identidad, utilizando un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

ARTÍCULO 3º.- Registrar, comunicar y archivar.

RESOLUCIÓN UNRN – AVVM CPYGE N° 04/2023

ANEXO I - RESOLUCIÓN UNRN – AVVM CPYGE Nº 04/2023

**HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL ESCUELA DE ODONTOLOGÍA ADULTOS-AS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO**

CARRERA DE ODONTOLOGIA - HOSPITAL ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

HISTORIA CLINICA MEDICO-ODONTOLÓGICA Nº:

2. MOTIVO DE CONSULTA

.....

.....

.....

.....

3. ESTADO DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

.....

.....

.....

.....

.....

4. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES (Marque con una X lo que corresponda)

ANTECEDENTES GENERALES (Marque con X lo que corresponda)		SI	NO	NO SABE
¿HA PADECIDO O PADECE FRECUENTEMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?	Cansancio/debilidad			
	Dolores de cabeza			
	Mareos o desmayos			
	Falta de aire en reposo			
	Fiebre			
	Falta de apetito			
	Intolerancia a alimentos			
HÁBITOS (MARQUE CON X LO QUE CORRESPONDA)				
FUMA	SI:		N O	NO SABE:
	cantidad diaria:			
	edad de inicio:			
	cantidad total de años que fuma:			
CONSUME ALCOHOL	SI:	NO:	NO SABE:	
	cantidad diaria:			
	tipo de alcohol:			

CONSUME MATE	SI:	NO:	NO SABE:
	cantidad de litros diarios:		
	temperatura del agua: tibia - caliente - muy caliente		
CONSUME DROGAS	SI:	NO :	NO SABE:
	Indicar frecuencia:		
	Vía de consumo:		

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS (MARQUE CON X LO QUE CORRESPONDA)	SI:	NO:	NO SABE:
¿HA TENIDO INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS?	MOTIVO/S:		
	AÑO:		
¿HA RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS?	SI:	NO:	NO SABE:
¿HA SUFRIDO ALGÚN TRAUMATISMO DE CARA, CABEZA O CUELLO?	SI:	NO:	NO SABE:
¿TUVO COMPLICACIONES INFECCIOSAS?	SI:	NO:	NO SABE:
¿TUVO EPISODIOS DE HEMORRAGIAS?	SI:	NO:	NO SABE:
¿TUVO PROBLEMAS CON LA ANESTESIA?	SI:	NO:	NO SABE:

ANTECEDENTES MÉDICOS (MARQUE CON X LO QUE CORRESPONDA)			
ANTECEDENTES ALÉRGICOS	SI	NO	NO SABE
DERMATITIS			
ANESTÉSICOS			
ASMA			
ANESTÉSICOS (DESTACAR EN ROJO)			
SINUSITIS/RINITIS			
MEDICAMENTOSA (ANTIBIÓTICOS/ANALGÉSICOS) (DESTACAR EN ROJO)			
ALIMENTARIOS			
ALERGIAS DE CONTACTO			
OTRAS:			
PATOLOGÍAS INFECCIOSAS	SI	NO	NO SABE
HERPES (GENITAL/BUCAL)			
HEPATITIS A B C D			

CÁNDIDA			
HIV			
HIDATIDOSIS			
CHAGAS			
HPV			
OTRAS:			
PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS	SI	NO	NO SABE
HEMORRAGIAS			
EQUIMOSIS/PÚRPURA			
HEMOFILIA			
ONCOLOGÍA HEMATOLÓGICA			
OTRAS:			
PATOLOGÍAS INMUNOLÓGICAS	SI	NO	NO SABE
ARTRITIS - POLIARTRITIS			
SÍNDROME DE SJÖGREN			
ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES			
LUPUS			
COLITIS ULCEROSA DE CROHN			
OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES:			
PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS	SI	NO	NO SABE
ANGINAS A REPETICIÓN			
EPOC			
ASMA			
BRONQUITIS			
NEUMONÍA			
TBC			
COVID			
OTRAS:			



<i>PATOLOGÍAS CARDIOVASCULARES</i>	SI	NO	NO SABE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
ARRITMIAS			
FIEBRE REUMÁTICA			
CARDIOPATÍAS ISQUÉMICAS			
ENDOCARDITIS			
CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS			
OTRAS:			
DETERMINACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL /.....MM HG FECHA /..... /....			

<i>PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES</i>	SI	NO	NO SABE
GASTRITIS			
ÚLCERAS GÁSTRICAS			
DIARREAS FRECUENTES			
CONSTIPACIÓN			
OTRAS:			
<i>PATOLOGÍAS ENDÓCRINAS METABÓLICAS</i>	SI	NO	NO SABE
DIABETES: TIPO 1 - TIPO 2			
HIPERTIROIDISMO - HIPOTIROIDISMO			
OSTEOPOROSIS			
DISLIPIDEMIA			
AUMENTO DE TRIGLICÉRIDOS			
MENOPAUSIA			
OTRAS:			
<i>PATOLOGÍAS RENALES</i>	SI	NO	NO SABE
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA			
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA			
DIÁLISIS , ¿CON QUE FRECUENCIA SEMANAL?			

INFECCIONES URINARIAS A REPETICIÓN			
PROBLEMAS PROSTÁTICOS			
OTRAS:			
<i>PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS</i>	SI	NO	NO SABE
EPILEPSIA / CONVULSIÓN			
ALUCINACIONES			
ACV ISQUÉMICO/HEMORRÁGICO			
DOLOR CRÓNICO SISTÉMICO			
OTRAS:			
<i>PATOLOGÍAS DERMATOLÓGICAS</i>	SI	NO	NO SABE
LESIONES PRIMARIAS			
LESIONES SECUNDARIAS			
OTRAS:			
<i>PATOLOGÍAS HEPÁTICAS</i>	SI	NO	NO SABE
INSUFICIENCIA HEPÁTICA			
HEPATOPATÍA ALCOHÓLICA			
OTRAS:			
<i>OTRAS PATOLOGÍAS DE INTERES</i>	SI	NO	NO SABE

PATOLOGÍA ONCOLÓGICA			
¿SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO?			
¿UTILIZA ANSIOLÍTICOS, DEPRESIVOS O MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA? ¿CUÁL/ES?			
OBSERVACIONES			

SI LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA ADJUNTAR ANEXO ANTECEDENTES DEL EMBARAZO			
MEDICACIÓN ACTUAL			
<p>Consignar si está/estuvo bajo algún tratamiento médico; en personas gestantes preguntar específicamente por métodos anticonceptivos.</p> <p>Consignar: droga, nombre comercial, fecha de inicio, dosis diaria, frecuencia en horas, efecto terapéutico. El estudiante/profesional deberá usar vademécum. Si es necesario adjunte una hoja.</p>			

ANÁLISIS DE RIESGO MEDICO (ASA) (marque el que corresponda)				
Sistema de clasificación para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.				
I	II	III	IV	V

PARENTESCO	VIVE		
PADRE:	SI	NO	NO SABE
MADRE:	SI	NO	NO SABE
HERMANOS/AS:	SI	NO	NO SABE

6.1 ANTECEDENTES PERSONALES				
6.1. a Nivel educativo alcanzado <i>Indicar C: Completo; I: Incompleto</i>	Primario	Secundario	Terciario	Universitario
Lee/escríbe:				
Observaciones:				
6.1.b Situación laboral actual:				
6.2 Vivienda				
6.2.a Características edilicias. Tipo y materiales.				



6.2.b Características respecto de la cobertura de necesidades básicas. Luz, gas, agua, baño. (¿posee cloacas?)
6.2.c Conformación familiar. Miembros convivientes. Cantidad y vínculo.
6.2.d Adjuntar familiograma (si correspondiera)
6.3 Componente sociocultural
6.3.a ¿Pertenece a algún pueblo originario? ¿Cuál?
6.3.b ¿Practica activamente alguna religión? ¿Cuál?

6.4 IMPRESIÓN GENERAL

--

6.5 HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA DEL COMPONENTE PSICOSOCIAL

--

6.6 OTROS ANTECEDENTES DE INTERÉS

--

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN MANIFESTADA ES VERÍDICA Y CORRECTA.	
FIRMA	ACLARACIÓN:
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	FECHA:
AUTORIZO A DOCENTES DE LA INSTITUCIÓN A UTILIZAR LA DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA DEL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO QUE SE REALICE CON FINES PEDAGÓGICOS Y/O CIENTÍFICOS.	
FIRMA	ACLARACIÓN:
TIPO Y N° DE DOCUMENTO:	FECHA:

7. DATOS REFERIDOS A LA HISTORIA DE DIETA

7.1 CONSUMO DE HIDRATOS DE CARBONO INCLUYA LA “ENCUESTA DE HÁBITOS ALIMENTARIOS” DE DOS DIAS. PROF. EDUARDO LOZANO. (CONSIGNE EN EL CUADRO HORA, COMIDA Y BEBIDA)
--

7.2 COMENSALIDAD														
Marque con X lo que corresponda	Si		No		¿Con quién?			¿Dónde comiste?			¿Quién lo hizo?			
	Solo	Con otros	En casa	En la escuela	En otro lugar	yo	Otra persona	Compré						
Desayunaste														
Almorzaste														
Merendaste														
Cenaste														

7.3 PREFERENCIAS ALIMENTARIAS (Marque con X lo que corresponda)						
COMIDAS	SI	NO	TODOS LOS DÍAS Y VARIAS VECES AL DÍA	TODOS LOS DÍAS UNA VEZ	ALGUNOS DÍAS DE LA SEMANA	OCASIONALMENTE
Golosinas/Chocolates						
Alfajores						
Caramelos						



Snacks/Papas fritas						
Chizitos						
Maní						
Otros						
Gaseosas y jugos						
Comidas rápidas Hamburguesas						
Pizzas						
Salchichas						
Fiambres						

7.4 CONSUMO DE BEBIDAS (Marque con X lo que corresponda)					
BEBIDAS	TODOS LOS DÍAS Y VARIAS VECES AL DÍA	TODOS LOS DÍAS AL UNA VEZ	ALGUNOS DÍAS EN LA SEMANA	OCASIONALMENTE	NUNCA
Consumo de bebidas con azúcar					
Consumo de bebidas energizantes					

7.5 ANÁLISIS DE DIETA (realice un breve resumen)

8 ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS



ANEXO II - RESOLUCIÓN UNRN –AVVM CPyGE Nº 04/2023

HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL ESCUELA DE ODONTOLOGÍA NIÑOS-AS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA ODONTOPEDIATRÍA

HISTORIA CLINICA ODONTOPEDIATRÍA Nº:

ESTUDIANTE

APELLIDO Y NOMBRE:.....

DOCENTE COORDINADOR/RA:.....

DÍA:.....

FECHA DE ADMISIÓN...../...../.....

1 – IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A (EN LETRA IMPRENTA)

APELLIDO Y NOMBRE:.....

FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....NACIONALIDAD.....EDAD.....

GENERO.....LUGAR DE NACIMIENTO.....

OBRA SOCIAL:.....NRO. DE AFILIADO/A:.....

NOMBRE DEL PADRE.....OCUPACIÓN.....

NOMBRE DE LA MADRE.....OCUPACIÓN.....

HERMANOS/AS: NOMBRE Y EDADES(.....)

.....(.....)

.....(.....)

.....(.....)

.....(.....)

DOMICILIO.....LOCALIDAD.....

COD.POSTAL.....TEL.....DEL TRABAJO.....CELULAR.....

DONDE DEJAR MENSAJE:.....

CONCURRE AL JARDIN DE INFANTES:.....

CONCURRE A LA ESCUELA.....



GRADOTURNO.....

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO.....

QUIEN LO REFIERE.....

PORQUE RAZÓN.....

MÉDICO/A PEDIATRA.....DIRECCIÓN.....

SERVICIO DONDE ATIENDE.....DIRECCIÓN.....

HORARIO.....

TALLA.....PESO.....

CONTEXTURA FISICA (Longuilíneo / Mesolíneo /Brevilíneo)2 –

MOTIVO DE LA CONSULTA

.....
.....
.....
.....

3.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS

3.1.-DEL PADRE:.....

.....

OBSERVACIONES SOBRE LA ACTITUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES Y EL MÉDICO/A

.....
.....
.....
.....

3.2.-DE LA MADRE:.....

.....

OBSERVACIONES SOBRE LA ACTITUD FRENTE A LAS ENFERMEDADES Y EL MÉDICO/A

.....
.....

4.- ANTECEDENTES PERSONALES



GATEO.....CUANDO SE PARO.....CUANDO CAMINO.....

ENFERMEDADES DEL: SISTEMA RESPIRATORIO, CIRCULATORIO, DIGESTIVO, RENAL, ALERIAS, FIEBRE REUMÁTICA, ACCIDENTES:

.....
.....
.....

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS:.....

CON EXPLICACIONES PREVIAS:.....SIN EXPLICACIONES.....

EXPERIENCIAS TRAUMATICAS:

(INYECCIONES).....

OTRAS:.....

VA AL MÉDICO/A: PERIÓDICAMENTE.....IRREGULARMENTE.....

CARNET DE VACUNAS (completo/incompleto)

FECHA DE LA ÚLTIMA DOSIS DE ANTITETANICA:.....

ACTITUD DEL NIÑO/A FRENTE AL MÉDICO/A.....

.....
.....

ACTITUD DEL NIÑO/A FRENTE A LAS ENFERMEDADES:.....

.....
.....
.....

4.2.1. ANALISIS DE RIESGO MEDICO

Problemas (mencionar a modo de resumen los datos positivos, las enfermedades prevalentes que condicionen o contraindiquen el tratamiento odontológico electivo, consideraciones especiales, recomendaciones, interacciones medicamentosas, precauciones, recomendaciones):



.....
.....
.....
.....

Riesgo Médico (Según sistema de clasificación ASA)

1 2 3 4 5

El/la paciente es derivado/a a.....
.....
.....

4.3. ODONTOLÓGICOS:

4.3.1. DEL NIÑO/A:

ATENCIÓN PREVIA:

FECHA DE LA ÚLTIMA ATENCIÓN:ATENCIÓN PERIÓDICA.....

¿CADA CUÁNTO?.....TUVO EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS.....

¿CUÁLES?.....

4.3.2. ACTITUD DEL NIÑO/A FRENTE A LA ODONTOLOGÍA:

.....
.....
.....
.....

4.3.3. DEL PADRE:

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTAMOTIVO

PRESENCIA DE CARIES: USA PRÓTESIS..... ESTADO PERIODONTAL

ACTITUD DEL PADRE FRENTE A LA ODONTOLOGÍA:.....

.....

4.3.4. DE LA MADRE:

FECHA DE LA ULTIMA CONSULTAMOTIVO

PRESENCIA DE CARIES: USA PRÓTESIS..... ESTADO PERIODONTAL

ACTITUD DE LA MADRE FRENTE A LA ODONTOLOGÍA:

4.4. ALIMENTACIÓN

4.4.1. CONSUMO DE HIDRATOS DE CARBONO

Incluya la “Encuesta de Hábitos Alimentarios” de DOS DIAS. Prof. Eduardo Lozano. (Consigne en el cuadro hora, comida y bebida)

4.4.2. COMENSALIDAD

7.2 COMENSALIDAD										
Marque con X lo que corresponda	¿Con quién?		¿Dónde comiste?			¿Quién lo hizo?				
	Si	No	Solo	Con otros	En casa	En la escuela	En otro lugar	yo	Otra persona	Compré
Desayunaste										
Almorzaste										
Merendaste										
Cenaste										

4.4.3. PREFERENCIAS ALIMENTARIAS (marque con una X)

Comidas	Si	No	Todos los días y varias veces al días	Todos los días una vez	Algunos días de la semana	Ocasionalmente
Golosinas/Chocolates						
Alfajores						
Caramelos						
Snacks/Papas fritas						
Chizitos						
Maní						
Otros						
Gaseosas y jugos						
Comidas rápidas						
Hamburguesas						
Pizzas						
Salchichas						
Fiambres						



4.4.4. CONSUMO DE BEBIDAS

Bebidas	Todos los días y varias veces al día	Todos los días una vez	Algunos días en la semana	Ocasionalmente	Nunca
Consumo de bebidas con azúcar					
Consumo de bebidas energizantes					

4.4.5. ACTITUD EL NIÑO/A FRENTE A LA ALIMENTACIÓN:

.....

4.4.6. ANÁLISIS DE DIETA (Realice un breve resumen)

.....

4.5. CONTROL MECÁNICO DE PLACA BACTERIANA

4.5.1. CON TÉCNICA: SI.....NO.....ENSEÑADA POR:

NÚMERO DE VECES:.....(DIA) OPORTUNIDAD:

TIPO DE CEPILLO

DENTÍFRICO: NO USA:.....UNO COMÚN:.....CON FLUOR: OTRO.....

4.6. TERAPIA CON FLUORUROS

4.6.1. FLUORUROS INGESTA: SI.....NO..... ¿DESDE QUE EDAD?

EN FORMA CONTÍNUA O DISCONTINUA

4.6.2. FLUORUROS TÓPICOS: SI.....NO.....¿CADA CUANTO TIEMPO?.....

CONTINUA:.....DISCONTINUA.....

4.6.3. ENJUAGATORIOS FLUORADOS: DIARIOS:.....SEMANAL:.....QUINCENAL....

CONTINUA:.....DISCONTINUA:.....



4.7. SELLADORES: SI.....NO.....

5. RESUMIR BREVEMENTE LA ACTITUD DE EL PADRE Y LA MADRE FRENTE AL INTERROGATORIO:

.....
.....
.....
.....
.....

6. PRIMERA VISITA

ACTITUD DEL NIÑO/A:.....

.....
.....
.....
.....

ACTITUD DE EL PADRE Y LA MADRE.....

.....
.....
.....
.....

O ACOMPAÑANTES:.....

.....
.....
.....
.....

7. SÍNTESIS DE LA HISTORIA Y DE LA PRIMERA VISITA CON EL OBJETO DE ORIENTAR EL TRATAMIENTO:(Teniendo en cuenta el Perfil psicológico del niño/a y el estilo de vida)

.....
.....
.....
.....

8. EXAMEN ENDO Y EXOBUCAL EXPLORACION CLINICA CAVIDAD BUCAL

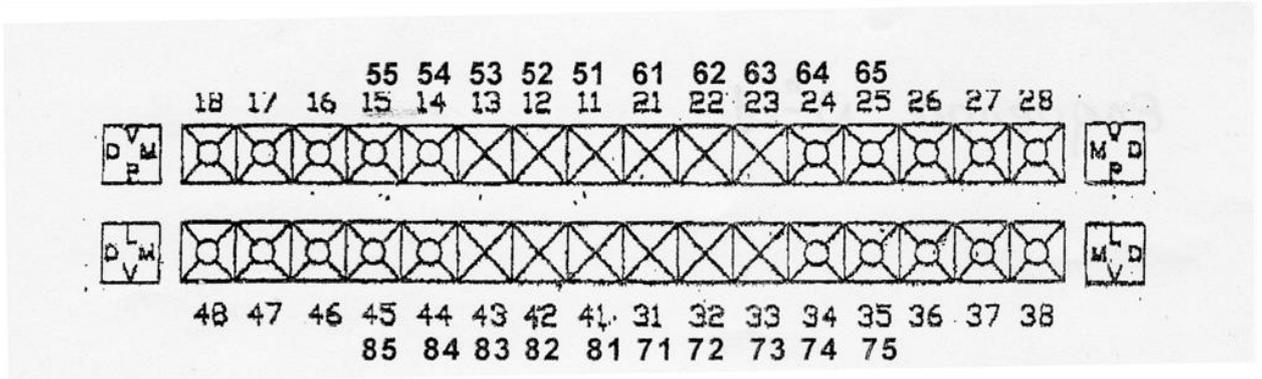
Si se detecta una lesión consignar ubicación e indicar comienzo y tiempo de evolución.

Al describir la lesión considerar: forma, tamaño, hemorrágica, exudativa, supurativa, fisurada, áspera, granulada, lisa, plana, elevada, depresiva, pediculada, sésil, vegetante, elástica, dura, blanda, eritematosa, limpia, necrótica, dolorosa, indolora, costrosa, ampollar, vesicular, ulcerosa.

Nota: Si el/la paciente presenta una lesión estomatológica, se adjuntará el ANEXO DIAGNOSTICO ESTOMATOLOGICO DE CAVIDAD BUCAL

9. ANALISIS DE LA PRESENCIA DE BIOFILM DE PLACA

FECHA:.....



RESULTADOS: INDICE DE O'LEARY % _____

INDICE OCLUSAL (Observaciones)

INDICE DE LOE Y SILNESS DE PLACA

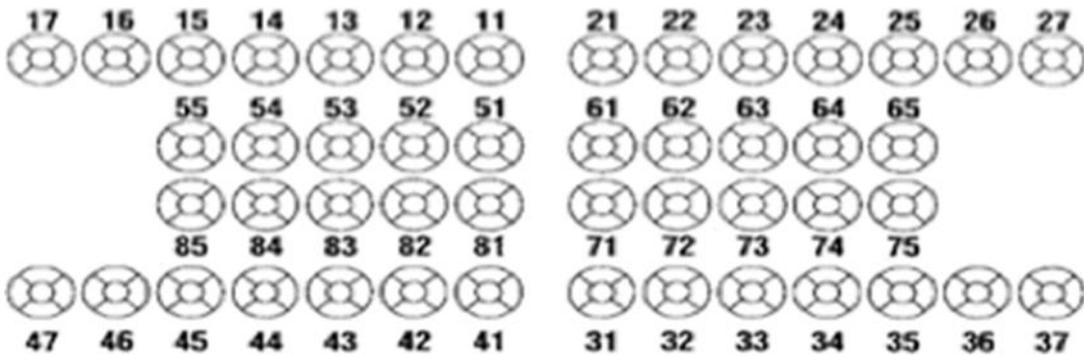
Diente	Sitio			
	D	V	M	P/L
16				
21				
24				
36				
41				
44				
Promedio de toda la boca:				

Nota: Si el/la paciente presenta enfermedad gingivoperiodontal, se adjuntará el ANEXO EVALUACION DE LOS TEJIDOS GINGIVOPERIODONTALES

9.1. ACTITUD DEL NIÑO/A Y DEL PADRE Y LA MADRE EN ESTA SITUACIÓN ODONTOLÓGICA:

.....

10. ESTADO DENTARIO



ceod c e o ceos c e o

CPOD C P O CPOS C P O

MB

Cantidad de dientes primarios

Cantidad de dientes permanentes

OBSERVACIONES:.....

Firma y Sello del/la docente

Fecha

10.1.GRADO DE PROGRESIÓN DE CARIES

TIPO	DIENTE
ACTIVA	
LENTA	
DETENIDA	

11. OCLUSION

11.1. EVALUACION DE LA ACTITUD POSTURAL

Consignar hallazgos eje gravitacional, cabeza rotada, escapulas aladas, hombros antepulsados, hipercifosis dorsal, aumento de la curvatura lumbar, hiperlordosis, actitud escoliótica posición de las rodillas, pie plano, pie cavo, pie adaptativo, usa plantillas, etc.

11.2 TIPO DE DENTICION

Primaria Mixta Permanente

11.3. HABITOS

Uso de Chupete..... hasta que edad

Succión digital hasta que edad.....

Muerde objetos.....cuáles?.....hasta que edad.....

Respirador bucal.....

Duerme con la boca abierta?..... Ronca?.....

Interposición labial.....

Interposición lingual.....

11.3.1. CARACTERISTICAS FACIALES VISTA DE FRENTE

PROPORCIONES FACIALES EN EL PLANO MEDIO VERTICAL (simétrica/asimétrica)

PROPORCIONES FACIALES EN EL PLANO HORIZONTAL (paralelos/no paralelos)

(conservados/no conservados)

11.3.2 CARACTERISTICAS FACIALES VISTA DE PERFIL

RECTO.....CONVEXO.....CONCAVO.....

11.3.3 BIOTIPOLOGIA

DOLICOFACIAL.....MESOFACIAL.....BRAQUIFACIAL.....

11.3.4..ESTUDIO CLINICO DE LOS MAXILARES

CARACTERISTICA	MAXILAR SUPERIOR	MAXILAR INFERIOR
FORMA		
TAMAÑO (normal,micrognatismo, macrognatismo)		

11.3.5. DENTICION PRIMARIA

Plano post lacteo

Linea media

11.3.6. DENTICION MIXTA Y PERMANENTE

Relacion Molar Derecha

Relacion Molar Izquierda

Relacion Canina Derecha

Relacion Canina Izquierda

Overjet

Tipo De Mordida

Overbite

11. 3. 7. EXAMEN FUNCIONAL

Trayectoria de apertura

Protrusión

Lateralidad derecha

Lateralidad izquierda

Trayectoria de f inal de cierre

Trabas dentarias

Firma y Sello del/la docente

Fecha



13. OTROS ESTUDIOS SOLICITADOS

13.1. SALIVARES:(consignar fecha e interpretación)

.....
.....
.....
.....
.....

13.2. ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS (consignar fecha y diagnostico)

.....
.....
.....
.....
.....

13.3. ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS: (consignar fecha y diagnostico)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

14. INTERPRETACION DIAGNOSTICA

14.1 EVALUACION DEL RIESGO MEDICO, ESTOMATOLOGICO, GINGIVOPERIODONTAL Y CARIOGENICO

.....
.....
.....
.....
.....
.....

14.2. SINTESIS DE LA HISTORIA CLINICA CON EL OBJETIVO DE ORIENTAR EL PLAN DE TRATAMIENTO

.....
.....
.....
.....
.....
.....



ANEXO III - RESOLUCIÓN UNRN –AVVM –CPYGE Nº 04/2023
HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
CONSENTIMIENTO ODONTOLÓGICO DE DIAGNÓSTICO
UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO

De conformidad con las Disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y autorizo bajo la supervisión profesional del equipo docente de la Carrera de Odontología y/o el personal asistencial de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO lo siguiente:

a) He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el equipo docente representado a través de un/a estudiante y/o por el equipo asistencial, atendiendo las normas vigentes en la Institución incluyendo específicamente el Protocolo para la Actuación en Situaciones de Violencias Directas e Indirectas basadas en el Género.

b) Acepto la realización de prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento odontológico, incluyendo la realización de estudios radiográficos, fotográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio y métodos que sean propuestos en orden a los fines proyectados, comprendiendo que todas las pruebas tienen valor académico y científico, por lo que acepto expresamente la utilización de los mismos a dichos exclusivos fines, resguardando mi dignidad e identidad.

ALLEN, de..... de 20.....

Apellido y nombre del/de la paciente mayor de edad:

.....
.....
.....

DNI N°:

Firma y aclaración

En el caso de ser menor de edad o con disminución de su capacidad, firmará la persona de apoyo o su representante legal:

Apellido y nombre del/a tutor/a representante legal:

.....
.....
.....

DNI N°:

Firma y aclaración.....

ANEXO IV - RESOLUCIÓN UNRN – AVVM –CPYGE Nº 04/2023

HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CONSENTIMIENTO ODONTOLÓGICO DE TRATAMIENTO UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO

De conformidad con las Disposiciones vigentes, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y autorizo bajo la supervisión profesional del equipo docente de la Carrera de Odontología y/o el personal asistencial de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO lo siguiente:

a) He sido informado/a de las alternativas y riesgos posibles del tratamiento y presto mi consentimiento y autorización para utilizar la información con fines exclusivamente científicos y académicos, preservando mi dignidad e identidad.

b) Comprendo la necesidad de realizar, si fuese preciso, tratamientos tanto de carácter odontológicos, médicos, psicológicos y/ o quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local, sugeridos por el criterio del/la profesional responsable.

c) Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos mencionados, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no está determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la odontología no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías absolutas sobre el resultado estricto de los tratamientos proyectados.

d) Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi tratamiento, de manera verbal y/ O escrita si fuese necesario, a criterio del equipo docente y/o del personal asistencial.

e) Si surgiese alguna situación inesperada o sobrevenida durante la intervención O tratamiento, autorizo al/la estudiante bajo la supervisión profesional y/o al equipo asistencial, a realizar diferentes procedimientos o maniobras aparte de las proyectadas o usuales que a su juicio estimen oportunos para la resolución de la complicación surgida.

f) Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con medidas de autocuidado de la salud y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados. Asimismo me comprometo a cumplir con las citas planificadas, y de avisar con anticipación en caso de no poder asistir al Hospital Escuela de Odontología o sede designada para ser atendido/a. Estoy en conocimiento que los tiempos de los tratamientos pueden diferir conforme con el tiempo de cursado del estudiantado, y en Caso de no cumplir con lo previamente establecido, se podrá suspender mi tratamiento en dicho establecimiento.

g) En caso de producirse un accidente punzocortante autorizo a que se me soliciten los estudios de laboratorio correspondientes.



h) Doy mi autorización para realizar el tratamiento pertinente puesto que es de mi propio interés, sabiendo que puedo retirar este consentimiento escrito cuando así lo desee.

ALLEN, de de 20.....

Apellido y nombre del/la paciente mayor de edad:

.....

.....

DNI :

Firma y aclaración

En el caso de ser menor de edad o con disminución de su capacidad, firmará la persona de apoyo o su representante legal:

Apellido y nombre del/a tutor/a representante legal:

.....

.....

DNI:

Firma y aclaración.....

ANEXO V - RESOLUCIÓN UNRN – AVVM CPYGE Nº 04/2023
HISTORIA CLÍNICA HOSPITAL ESCUELA DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE RÍO NEGRO

HOSPITAL ESCUELA DE ODONTOLOGÍA		
HISTORIA CLÍNICA MÉDICO-ODONTOLÓGICA UNICA Nº:		
Fecha de ingreso		16/08/2023
Asignatura		
Docente responsable		
Docente Tutor/a		
Estudiante		
DATOS PERSONALES		
Apellido		Nombre
Fecha de nacimiento		Nacionalidad
Edad	Sexo	Género
Documento		Estado civil
Domicilio		C.P.
Localidad		Provincia
Teléfono		Celular
e-mail		
Dirección laboral		
COBERTURA MÉDICA		
Obra Social o prepaga		
Número		
Médico de cabecera		
Servicio o lugar donde atiende		
Telefono		
Derivado a:	Estudiante:	Docente:
<p>He sido informado debidamente por el departamento de Admisión que PAMI y otras O.S. no cubren la atención realizada por estudiantes de la carrera de Odontología</p>		
Firma y aclaración		