



Aprobado por Resolución Decanato Nro. 97/2022 de fecha 20 de julio de 2022

FICHA DE ADMISIÓN DE PACIENTES

Fecha:...../...../.....

Nombre y Apellido:..... C.I N°:.....

Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad: Sexo: Est.Civil:

Profesión: Teléfono:.....

Domicilio particular:

HISTORIA MÉDICA

Todas las informaciones de esta ficha son confidenciales y de uso exclusivo del profesional.

- ¿Está siendo sometido a algún tratamiento médico actualmente?
NO () SI () - ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿Fue afectado o es portador de algunas de las siguientes enfermedades?
 - () Tuberculosis () Enf. De Chagas () Úlceras () Disturbios Psíquicos
 - () Lepra () Fiebre Reumática () Enf.Cardíacas () Convulsiones
 - () Enf. Sexuales() Asma () Epilepsias () Desmayos
 - () Hepatitis () Sinusitis () Hipert. Arterial () Probl. De Coagulación
 - () Malaria () Alergia () Anemia () Diabetes
 - () S.I.D.A () Lesión de Hígado () Hemofilia () Influenza
 - () COVID () Dengue () Chikungunya () Otros

Observaciones:.....

- ¿Necesitó o necesita periódicamente de transfusión sanguínea?
NO () SI () - ¿Motivo?
- ¿Fue sometido a alguna cirugía?
NO () SI () - ¿Cuál fue?
- ¿Sangra por mucho tiempo después de una extracción o corte?
NO () SI ()
- ¿Fuma? NO () SI ()
- ¿Consume bebida alcohólica?
NO () SI () Frecuentemente: Socialmente:
- ¿Declara estar embarazada?
NO () No sabe () SI () - ¿Semanas de Gestación?
- ¿Tolera la anestesia de uso odontológico? NO () SI ()
- ¿Se hizo alguna vez el TEST de ELISA? NO () SI () ¿Hace cuánto?.....

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

- Fecha de última consulta:
6 meses () 1 año () 2 años () Más ()
- La pérdida de su/s diente/s fue por:
Caries () Accidente () Movilidad ()
- ¿Cuántas veces al día se cepilla?
1 () 2 () 3 ()
- ¿Qué elementos usa para su higiene dental?
Cepillo () Hilo () Enjuague () Crema dental () Otros ()

DECLARO QUE TODAS ESTAS INFORMACIONES SON VERDADERAS.

FIRMA DEL PACIENTE:

ACLARACIÓN:.....

Aprobado por Resolución Decanato Nro. 97/2022 de fecha 20 de julio de 2022

FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

PACIENTE: EDAD: SEXO:

Visión: “Ser una institución que se constituya en respuesta a las necesidades en el área de la salud bucodental a nivel regional, nacional e internacional, con una formación, técnica-científica, humanística con alto sentido de responsabilidad y sensibilidad social.”







UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAAGUAZÚ
Creada por Ley N° 3198 del 4 de Mayo de 2007
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
“Santo Tomás de Aquino”



Misión: "Formar profesionales altamente competitivos en la práctica odontológica con formación técnico-científica, humanística y de gestión, comprometidos con el desarrollo de la salud bucodental de la región y del país."

FIRMA DEL ESTUDIANTE:

Aprobado por Resolución Decanato Nro. 97/2022 de fecha 20 de julio de 2022

FICHA DE PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS

FECHA	Elemento dentario o zona	TRATAMIENTO REALIZADO	FIRMA DEL SUPERVISOR

Visión: "Ser una institución que se constituya en respuesta a las necesidades en el área de la salud bucodental a nivel regional, nacional e internacional, con una formación, técnica-científica, humanística con alto sentido de responsabilidad y sensibilidad social."