



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-7936 EXPEDIENTE ANTERIOR:2584
FECHA DE INGRESO:2023-01-10 VIGENCIA DE CARNET:2027-01-17

NOMBRE DEL PACIENTE: Cenorina Miramar Gonzalez
EDAD:55 AÑOS SEXO: Femenino OCUPACION: Hogar
DOMICILIO: San Francisco Ixtlahuaca

SIGNOS VITALES

T/A: 55 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0
MOTIVO DE CONSULTA: Revision TIPO DE CONSULTA: Revision

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Negadas
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: papa cancer
¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: papa cancer
TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: NO
ALERGIAS: NO
HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN ALGUNA OCASIÓN?: NO
¿LO HAN ANESTECIADO EN BOCA ANTERIORMENTE?: Si ¿TUVO COMPLICACIONES?NO
¿HA PRESENTADO SANGRADO O HEMORRAGIAS EXCESIVAS?: No
EN CASO DE SER MUJER ¿ESTA EMBARAZADA? No MESES DE EMBARAZO: 0

EXPLORACIÓN (NORMAL/ANORMAL)

CARA: AMIGDALAS: CLASE MOLAR: LABIOS: LENGUA: CLASE CANINA:
PALADAR BLANDO: ATM: OVERJET: GLANDULAS SALIVALES: PISO DE BOCA:
OVERBITE: CUELLO: CARRILLOS: HABITOS:

ESTUDIOS DE GABINETE

ESTUDIOS DE LABORATORIO:

PRESUPUESTO, PLAN DE TRATAMIENTO Y FORMAS DE PAGO:

COSTO TOTAL DEL TRATAMIENTO: 7650 VIGENCIA DEL CARNET: 2027-01-17

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-7936

EXPEDIENTE ANTERIOR:2584

NOMBRE DEL PACIENTE: Cenorina Miramar Gonzalez

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2023-01-10 11:45	modelo para placa	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	500	ATENDIDO
2023-01-17 10:00	colocación de placa y extracción	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	50	ATENDIDO
2023-01-24 09:30	RESINAS 46,48	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	600	ATENDIDO
2023-01-31 10:00	CAMBIA CITA	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA		ATENDIDO
2023-02-07 12:00	resinas 18 y 17	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	600	ATENDIDO
2023-02-14 12:00	resinas 14,44 limpieza	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	900	ATENDIDO
2023-02-28 11:30	toma de impresión para re-movible inferior	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	1000	ATENDIDO
2023-03-14 23:30	PBA DE ESQUELETO	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	1000	ATENDIDO
2023-03-28 11:30	PRUEBA DE DIENTES DE REMO INFERIOR	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	500	ATENDIDO
2023-04-11 16:00	coloco remo inferior modelo para remos sup	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	500	ATENDIDO
2023-04-25 23:00	prueba de rodillos de removibles	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	500	ATENDIDO
2023-05-09 12:00	COL DE PPR	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA	1100	ATENDIDO
2023-05-23 11:00	POpo de removibles, AJUSTE	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA		ATENDIDO
2023-06-06 12:00	Pop de removibles sup e inf	ELSY LETICIA VALDES MENDOZA		ATENDIDO
2026-01-17 15:45	Exodoncia 46	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-01-26 11:00	exodoncia 17	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-02-09 13:00	resina OD 34	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-02-14 13:30	AUSENTE	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ		ATENDIDO
2026-03-23 15:31	toma de impresion para removable inferior bilateral	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	2000	ATENDIDO
2026-03-30 15:00	pba de rodillos removable inferior bilateral	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	2000	ATENDIDO



2026-04-13 15:30	PRUEBA DE DIENTES PLACA SIPERIOR	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	1000	ATENDIDO
2026-04-20 12:30		LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO: Cenorina Miramar Gonzalez EN PLENO USO DE MIS FACULTADES MENTALES, MANIFIESTO QUE SE ME HA INFORMADO DE MANERA CLARA, SENCILLA Y SUFICIENTE EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO DE LOS PADECIMIENTOS QUE PRESENTO, ASI COMO TODO EL PLAN DE TRATAMIENTO QUE SE VA A REALIZAR Y LOS COSTOS DE ESTE, JUNTO CON LA FORMA DE PAGO. DE IGUAL MANERA SE ME HA INFORMADO DE CADA UNO DE LOS TRATAMIENTOS, LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LOS MISMOS Y LAS POSIBLES COMPLICACIONES POSOPERATORIAS;POR ELLO MANIFIESTO QUE ESTOY SATISFECHO CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA Y COMPRENDO EL ALCANCE Y RIESGOS DEL TRATAMIENTO.

ACEPTO EL PRESUPUESTO PRESENTADO, CONSIENTE DE QUE PUEDE VARIAR DEACUERDO A LA EVOLUCIÓN Y NECESIDADES TERAPEUTICAS DE CADA ÓRGANO DENTAL, ASÍ COMO TAMBIEN ME COMPROMETO ACUDIR EN TIEMPO Y FORMA CORRESPONDIENTE A MIS CITAS CON EL FIN DE CONSERVAR MIS BENEFICIOS.

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y DE USO EXCLUSIVO PARA EL MANEJO ODONTOLÓGICO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL ODONTÓLOGO TRATANTE



DENTAL CENTER

La prevención antes de la curación

