



## FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-14981      EXPEDIENTE ANTERIOR:  
FECHA DE INGRESO:2026-03-02      VIGENCIA DE CARNET:2027-03-02

NOMBRE DEL PACIENTE: Victoria Velazquez Hernandez  
EDAD:7 AÑOS      SEXO: Femenino      OCUPACION: Estudiante  
DOMICILIO: San Bartolo del Llano

### SIGNOS VITALES

T/A: 7      TEMP: 0      F.C: 00      PESO: 00      FR: 0      TALLA: 0

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor en O. D      TIPO DE CONSULTA: Dolor

### INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Ninguno

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Ninguna

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: Ninguna

TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: No

ALERGIAS: NO

HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN ALGUNA OCASIÓN?: NO

¿LO HAN ANESTECIADO EN BOCA ANTERIORMENTE?: Si      ¿TUVO COMPLICACIONES?Ninguna

¿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: 0      VIGENCIA DEL CARNET: 2027-03-02

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_



### NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-14981

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Victoria Velazquez Hernandez

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-03-02 13:39	PULPO DE OD 85	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	500	ATENDIDO
2026-03-09 16:30	Extracciones 74,75	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-03-16 17:30	extracciones 64,65	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-03-30 17:30	RESINA 46	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-04-13 13:30	CACA OD 85	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	800	ATENDIDO
2026-04-20 13:30		LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO \_\_\_\_\_ (NOMBRE DE LA MADRE, PADRE Y/O TUTOR DEL PACIENTE) 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 PRESENTA MI HIJO (A): Victoria Velazquez Hernandez, 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 A ACUDIR EN TIEMPO Y FORMA CORRESPONDIENTE A SUS CITAS CON EL FIN DE CONSERVAR LOS BENEFICIOS.

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

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL ODONTÓLOGO TRATANTE



# DENTAL CENTER

La prevención antes de la curación

