



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-5386 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2022-02-01 VIGENCIA DE CARNET:2027-03-02

NOMBRE DEL PACIENTE: Camila Agapito Sabino
EDAD:5 AÑOS SEXO: Femenino OCUPACION: Estudiante
DOMICILIO: Santa Cruz Tepexpan

SIGNOS VITALES
T/A: 5 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0

MOTIVO DE CONSULTA: EXODONCIA DE DIENTE TEMPORAL TIPO DE CONSULTA: Revision

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Ninguno
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: diabetes (abuela materna)
¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: diabetes (abuela materna)
TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: No
ALERGIAS: No
HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN ALGUNA OCASIÓN?: NO
¿LO HAN ANESTECIADO EN BOCA ANTERIORMENTE?: No ¿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: 2700 VIGENCIA DEL CARNET: 2027-03-02

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-5386

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Camila Agapito Sabino

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2022-02-01 17:40	REVISION Y PLAN DE TRATAMIENTO EXODONCIA 71	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	100	ATENDIDO
2022-02-15 16:30	FIN	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	-	ELIMINADO
2023-02-13 13:06	Exodoncia: 51-61	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	200	ATENDIDO
2026-03-02 16:55	EXTRACCION OD 53 Y 54	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-03-30 18:51	EXTRACCIONES 74,75	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-04-13 13:54	extraccio0n od 83 y 84	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	400	ATENDIDO
2026-04-20 18:00		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): Camila Agapito Sabino , 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

