



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-15191 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2026-04-13 VIGENCIA DE CARNET:2027-04-13

NOMBRE DEL PACIENTE: Isaias Aguilar Palacios
EDAD:31 AÑOS SEXO: Masculino OCUPACION: Comerciante
DOMICILIO: San Felipe Santiago.

SIGNOS VITALES

T/A: 31 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0
MOTIVO DE CONSULTA: revision por caries. TIPO DE CONSULTA: Revision

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Diabetes
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Abuelos Diabetes mama- diabetes
¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: Abuelos Diabetes mama- diabetes
TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: empaglifonina
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

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: 2027-04-13

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-15191

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Isaias Aguilar Palacios

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-04-13 13:03	resina OD 11 cv Y 21 CIII	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	1100	ATENDIDO
2026-04-20 11:30		ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO: Isaias Aguilar Palacios 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

