



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-13417 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2025-05-28 VIGENCIA DE CARNET:2027-04-07

NOMBRE DEL PACIENTE: Cristobal Samuel Alfaro Velazquez

EDAD:35 AÑOS SEXO: Masculino OCUPACION: Empleado

DOMICILIO: San Pedro de los Baños

SIGNOS VITALES

T/A: 35 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0

MOTIVO DE CONSULTA: Dx para Exodoncia TIPO DE CONSULTA: Revision

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Ninguno

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Mama, Abuela materna- Diabetes

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: Mama, Abuela materna- Diabetes

TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: si, omesartan, acido acetilsalisilico

ALERGIAS: Ninguna

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: 2027-04-07

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-13417

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Cristobal Samuel Alfaro Velazquez

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2025-05-28 18:30	farmacoterapia	JOSELINE GOMEZ MONROY	200	ATENDIDO
2026-04-07 18:45	Vaciamiento 26	RAQUEL MONTOYA GONZALEZ	800	ATENDIDO
2026-04-13 18:30	INSTRUMENTACION ENDO 26	RAQUEL MONTOYA GONZALEZ	1500	ATENDIDO
2026-04-20 18:30		RAQUEL MONTOYA GONZALEZ		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO: Cristobal Samuel Alfaro Velazquez 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

