



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-14869 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2026-02-09 VIGENCIA DE CARNET:2027-02-09

NOMBRE DEL PACIENTE: Veronica Pablo Salinas

EDAD:33 AÑOS SEXO: Femenino OCUPACION: Empleada

DOMICILIO: San Isidro Boxipe

SIGNOS VITALES

T/A: 33 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor de Muela TIPO DE CONSULTA: Revision

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: 2027-02-09

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-14869

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Veronica Pablo Salinas

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-02-09 10:40	vaciamiento OD 16	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	500	ATENDIDO
2026-02-22 14:00	recementacion de incrustacion metalica od	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	300	ATENDIDO
2026-03-15 15:00	instrumentacion endo 16	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	300	ATENDIDO
2026-03-26 10:30	AUSENTE	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ		ATENDIDO
2026-03-29 18:47	endo, medicacion intraconducto o.d 16	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	350	ATENDIDO
2026-04-20 09:00		LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO: Veronica Pablo Salinas 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

