



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-15055 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2026-03-16 VIGENCIA DE CARNET:2027-03-16

NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Martinez Albino
EDAD:27 AÑOS SEXO: Masculino OCUPACION: Empleado
DOMICILIO: Santa Cruz Tepexpan

SIGNOS VITALES

T/A: 27 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0

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

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Ninguno

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: mama - diabetes

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: mama - diabetes

TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: No

ALERGIAS: NO

HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN ALGUNA OCASIÓN?: NO

¿LO HAN ANESTECIADO EN BOCA ANTERIORMENTE?: Si ¿TUVO COMPLICACIONES?No

¿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: 2027-03-16

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-15055

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Santiago Martinez Albino

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-03-16 13:09	REV CON VACIAMIENTO DEL OD 46	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	500	ATENDIDO
2026-03-23 17:30	INTRUMENTADO DE ENDO DEL OD 46	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	500	ATENDIDO
2026-03-30 17:30	cita incorrecta	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO		ATENDIDO
2026-04-06 17:09	obturado OD 46	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	500	ATENDIDO
2026-04-13 18:30	obturado de conductos OD 46	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	500	ATENDIDO
2026-04-20 18:30		ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO: Santiago Martinez Albino 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

