



## FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-15144      EXPEDIENTE ANTERIOR:  
FECHA DE INGRESO:2026-04-06      VIGENCIA DE CARNET:2027-04-06

NOMBRE DEL PACIENTE: Mayra Octaviano Plata

EDAD:36 AÑOS      SEXO: Femenino      OCUPACION: Empleada

DOMICILIO: San Bartolo del Llano

### SIGNOS VITALES

T/A: 36      TEMP: 0      F.C: 0      PESO: 0      FR: 0      TALLA: 0

MOTIVO DE CONSULTA: Muela Destapada      TIPO DE CONSULTA: Revision

### INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Negadas

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?: Si

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

¿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: 2027-04-06

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_



### NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-15144

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Mayra Octaviano Plata

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-04-06 10:03	extraccion od 38	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	600	ATENDIDO
2026-04-13 10:00	limpieza	ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO	400	ATENDIDO
2026-04-20 10:30		ALEXANDER ROGELIO PALACIOS FAUSTINO		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO: Mayra Octaviano Plata 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

