



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-15182 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2026-04-11 VIGENCIA DE CARNET:2027-04-11

NOMBRE DEL PACIENTE: Jatziri Michell Mendiola Bernardino
EDAD:8 AÑOS SEXO: Femenino OCUPACION: Estudiante
DOMICILIO: La concepcion enyege

SIGNOS VITALES

T/A: 8 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0

MOTIVO DE CONSULTA: Extracción de dientes de leche TIPO DE CONSULTA: Revision

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Ninguna

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Abuelos Diabetes

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: Abuelos Diabetes

TOMA ACTUALMENTE MEDICAMENTOS: No

ALERGIAS: No

HA SIDO INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE EN ALGUNA OCASIÓN?: No

¿LO HAN ANESTECIADO EN BOCA ANTERIORMENTE?: No ¿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: 2027-04-11

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-15182

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Jatziri Michell Mendiola Bernardino

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-04-11 18:00	extraccion 83, vaciamiento 74	LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ	500	ATENDIDO
2026-04-20 15:00		LUISA DANIELA PEÑA SANCHEZ		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO _____ (NOMBRE DE LA MADRE, PADRE Y/O TUTOR DEL PACIENTE) 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 PRESENTA MI HIJO (A): Jatziri Michell Mendiola Bernardino, 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 A ACUDIR EN TIEMPO Y FORMA CORRESPONDIENTE A SUS CITAS CON EL FIN DE CONSERVAR LOS BENEFICIOS.

LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE DOCUMENTO ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL Y DE USO EXCLUSIVO PARA EL MANEJO ODONTOLÓGICO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL ODONTÓLOGO TRATANTE



DENTAL CENTER

La prevención antes de la curación

