



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-14973 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2026-03-01 VIGENCIA DE CARNET:2027-03-09

NOMBRE DEL PACIENTE: Keysi Leilany Cruz Nava

EDAD:5 AÑOS SEXO: Femenino OCUPACION: Estudiante

DOMICILIO: San Lorenzo Toxico

SIGNOS VITALES

T/A: 5 TEMP: NULL F.C: NUL PESO: NULL FR: NUL TALLA: NULL

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor en O. D TIPO DE CONSULTA: Dolor

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Ninguno

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: hipertensiÃ³n abuelos maternos

¿HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS 2 AÑOS?: hipertensión abuelos maternos

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: 2027-03-09

FIRMA DE ENTERADO DEL DIAGNOSTICO: _____



NOTAS DE EVOLUCIÓN

No. Expediente: DCI-14973

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Keysi Leilany Cruz Nava

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-03-01 13:33	pulpotomias od 54.55	MARIANA HUITRON GUTIERREZ	1000	ATENDIDO
2026-03-09 10:03	RESINA OD 54	Luis Manuel Rodríguez Romero	400	ATENDIDO
2026-03-16 09:30	RESINA OD 55	Luis Manuel Rodríguez Romero	400	ATENDIDO
2026-03-30 09:31	ausente	Luis Manuel Rodríguez Romero		ATENDIDO
2026-04-06 16:10	selladores OD 64 65 74 y 84	Luis Manuel Rodríguez Romero	400	ATENDIDO
2026-04-20 15:00		Luis Manuel Rodríguez Romero		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): Keysi Leilany Cruz Nava , 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

