



FICHA DE IDENTIFICACION

No. Expediente: DCI-14794 EXPEDIENTE ANTERIOR:
FECHA DE INGRESO:2026-01-27 VIGENCIA DE CARNET:2027-04-06

NOMBRE DEL PACIENTE: Martin Jimenez Preciado

EDAD:24 AÑOS SEXO: Masculino OCUPACION: Estudiante

DOMICILIO: La Concepcion de los baños.

SIGNOS VITALES

T/A: 24 TEMP: 0 F.C: 0 PESO: 0 FR: 0 TALLA: 0

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

INTERROGATORIO

PADECIMIENTOS GENERALES: Ninguno

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: abuela materna- diabetes

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

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

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-14794

EXPEDIENTE ANTERIOR:

NOMBRE DEL PACIENTE: Martin Jimenez Preciado

FECHA / HORA DE CITA	TRATAMIENTO	DENTISTA QUE ATENDIO	PAGO	ESTADO CITA
2026-01-27 15:00	Resina 36	RAQUEL MONTOYA GONZALEZ	400	ATENDIDO
2026-02-02 15:00	sin cita	RAQUEL MONTOYA GONZALEZ		ATENDIDO
2026-01-28 16:41	aplicación fluor	RAQUEL MONTOYA GONZALEZ	200	ATENDIDO
2026-03-31 17:02	a cuenta de brackets conv	LAURA VAZQUEZ VILLAVICENCIO	2000	ATENDIDO
2026-04-06 18:45	resinas 37,46	RAQUEL MONTOYA GONZALEZ	800	ATENDIDO
2026-04-13 16:30		RAQUEL MONTOYA GONZALEZ	400	ATENDIDO
2026-04-20 16:30		RAQUEL MONTOYA GONZALEZ		PENDIENTE



CONSENTIMIENTO INFORMADO:

YO: Martin Jimenez Preciado 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

