



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



**CATÁLOGO DE FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO  
ESTOMATOLÓGICO DE UNIDAD MÉDICA Y DEL EXPEDIENTE CLÍNICO  
ESTOMATOLÓGICO DE UNIDAD MÉDICA MOVIL**

**BASADO EN LA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

**SEPTIEMBRE 2017**

**Secretaría de Salud**

Instituto de Salud del Estado de México

Derechos reservados  
Primera edición, agosto de 2004  
Segunda edición, enero de 2007  
Tercera edición, mayo de 2013  
Cuarta edición, septiembre 2017  
Gobierno del Estado de México  
Secretaría de Salud  
Instituto de Salud del Estado de México  
Independencia Oriente No. 1009  
Colonia Reforma  
C.P. 50070  
Impreso y hecho en Toluca, México  
Printed and made in Toluca, México

La reproducción parcial o total de este documento  
solo podrá efectuarse mediante la autorización exprofeso

## INDICE

I.	PRESENTACIÓN.....	3
II.	APROBACIÓN.....	4
III.	OBJETIVO GENERAL.....	5
IV.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
V.	REFERENCIAS.....	6
VI.	NORMAS BÁSICAS.....	7
VII.	ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS FORMATOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....	8
VIII.	CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....	9
IX.	INSTRUCTIVO DE LLENADO DE LOS FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO.....	12
9.1.	AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO.....	13
9.2.	HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO (PLAN Y DESARROLLO DE TRATAMIENTO.....	16
9.3.	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTOMATOLÓGICO.....	25
9.4.	HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO / ABANDONO DE TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO.....	27
X	GLOSARIO DE TERMINOS.....	29
XI	VALIDACIÓN.....	30

## I.- PRESENTACIÓN

La sociedad mexiquense exige de su gobierno cercanía y responsabilidad para lograr, con hechos, obras y acciones, mejores condiciones de vida y constante prosperidad.

Por ello, la Administración Pública del Gobierno del Estado de México, impulsa la construcción de un gobierno eficiente y de resultados, cuya premisa fundamental es la generación de acuerdos y consensos para la solución de las demandas sociales.

El buen gobierno se sustenta en una administración pública más eficiente en el uso de sus recursos y más eficaz en el logro de sus propósitos. El ciudadano es el factor principal de su atención y la solución de los problemas públicos su prioridad.

En este contexto, la Administración Pública Estatal transita a un nuevo modelo de gestión, orientado a la generación de resultados de valor para la ciudadanía. Este modelo propugna por garantizar la estabilidad de las instituciones que han demostrado su eficacia, pero también por el cambio de aquellas que es necesario modernizar.

La solidez y el buen desempeño de las instituciones gubernamentales tienen como base las mejores prácticas administrativas emanadas de la permanente revisión y actualización de las estructuras organizacionales y sistemas de trabajo, del diseño e instrumentación de proyectos de innovación y del establecimiento de sistemas de gestión de calidad.

El presente Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico, Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico, documenta la acción organizada para coadyuvar al cumplimiento de los objetivos del Instituto de Salud del Estado de México en materia de atención médica estomatológica. La estructura organizativa, la división del trabajo, los mecanismos de coordinación y comunicación, las funciones y actividades encomendadas, el nivel de centralización o descentralización, los procesos clave de la organización y los resultados que se obtienen, son algunos de los aspectos que delinear su gestión administrativa.

El Expediente Clínico es el documento que permite disponer de un registro organizado del proceso de salud enfermedad del paciente y de las medidas preventivas, curativas y de rehabilitación que se le practicaron; reúne un conjunto de documentos que identifican al usuario de los servicios y hace un relato patográfico individual, en donde se registran las etapas del estado clínico y de la evaluación cronológica del caso, hasta su solución parcial o total; mide el desempeño de los diferentes servicios que intervienen y la incertidumbre de los procedimientos realizados, así como las omisiones o deficiencias encontradas; es un instrumento para la enseñanza médica y la investigación clínica; es de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución; para el instituto es un instrumento de autoevaluación del trabajo.

El Instituto de Salud del Estado de México, está centrando su atención en uniformar criterios y procedimientos tomando como uno de los elementos básicos, para la atención integral al paciente, la información emanada de la fuente primaria que es el Expediente Clínico, a fin de mejorar la satisfacción del usuario.

El Instituto de Salud establece el Catálogo, como un instrumento para aplicarse en las unidades de atención médica, tanto públicas como privadas, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de sus servicios, en beneficio de la población usuaria.

Este documento contribuye en la planificación, conocimiento, aprendizaje y evaluación de la acción administrativa. El reto impostergable es la transformación de la cultura de las dependencias y organismos auxiliares del Sector Salud hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencias, organización, liderazgo y productividad.

## II. APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el H. Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en Sesión Ordinaria de fecha, aprobó el **Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico, Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico** el cual contiene los formatos, el orden de colocación y el instructivo de llenado del expediente Clínico Estomatológico.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO

---

**Mtro. Manuel Marcué Díaz**  
Director de Administración y  
Secretario del H. Consejo Interno del ISEM  
(Rúbrica)

### III. OBJETIVO GENERAL

Sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico estomatológico que es utilizado en las diferentes unidades médicas del Instituto de Salud del Estado de México y el cual deberá contener los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de la salud bucal del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras. Basado en la NOM-004-SSA3-2012 que establece los criterios éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

### IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener un control de las actividades que se realizan al paciente para proporcionarle una atención estomatológica de calidad;
- Contar con el registro adecuado que permita establecer el tratamiento estomatológico del paciente;
- Disponer de información para realizar estudios epidemiológicos sobre salud bucal;
- Integrar la historia clínica del paciente con fines de diagnóstico y control;
- Informar a los padres de familia sobre el Servicio de Estomatología y la atención que se le puede brindar a sus hijos;
- Obtener antecedentes hereditarios y patológicos y establecer controles programados de fechas para la atención de escolares;
- Servir de base para la investigación en la enseñanza médica.

## V. REFERENCIAS

- **Ley General de Salud.** Título Tercero, Prestación de los Servicios de Salud, Capítulo I, Disposiciones Comunes, Artículos 23, 24 fracción I y 27 fracción VII. Diario Oficial de la Federación. 07/02/1984, reformas y adiciones.
- **Ley Federal sobre Metrología y Normalización.** Capítulo II De las Normas Oficiales Mexicanas, Sección I, Artículo 40, fracciones de la I a la III y la XIII. Diario Oficial de la Federación. 01/07/1992, reformas y adiciones.
- **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** Artículos 10, fracción II; 29, 32, 37, 62 y 134. Diario Oficial de la Federación. 29/04/1986, reformas y adiciones.

### Normas Oficiales Mexicanas:

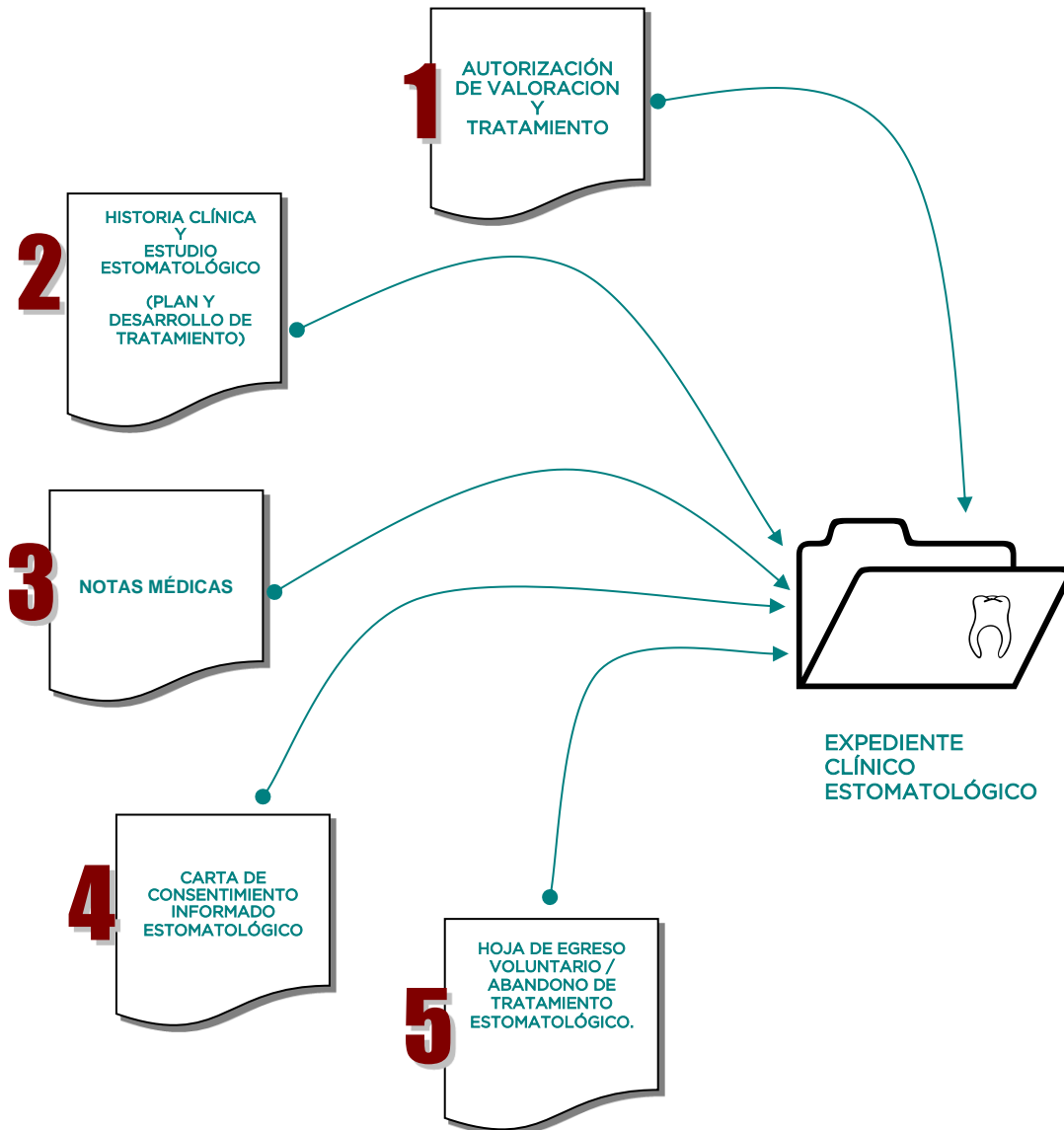
- **Norma Oficial Mexicana NOM-004 SSA3-2012** del Expediente Clínico.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015**, para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994**, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994**, para la Vigilancia Epidemiológica.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994**, para la Prevención y Control de las Infecciones Respiratorias Agudas.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994**, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993**, para la disposición de Sangre Humana y sus Componentes con fines Terapéuticos.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-005 SSA2-1993**, de los Servicios de Planificación Familiar
- **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993**, para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud
- **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993.** Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993.** Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011.** Para la Práctica de Anestesiología.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010**, para la Prevención y Control de las Infecciones por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- **Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-2009**, para la Prevención, Tratamiento y Control de las adicciones.

## VI.- NORMAS BÁSICAS

- El *Expediente Clínico Estomatológico* deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera vez;
- El *Expediente Clínico Estomatológico* debe ser llenado por el Estomatólogo Operador;
- En referencia al inciso 5.4 de la norma. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador del servicio médico que los genera, cuando éste no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberá observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportará la información y será beneficiario de la atención médica, tiene derecho de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de la norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.
- Por lo anterior, por tratarse de documentos elaborados en interés y beneficio del paciente, deberán ser conservados por un período mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
- En referencia al inciso 5.14 de la norma. Cuando en un mismo establecimiento para la atención médica, se proporcionen varios servicios, deberá integrarse un solo expediente clínico por cada paciente en donde conste todos y cada uno de los documentos generados por el personal que intervenga en su atención.
- Los formatos que integran el *Expediente Clínico Estomatológico* deberán colocarse en el orden como se indican en este instructivo, con el propósito de estandarizar los archivos clínicos de las unidades médicas del Instituto, facilitar su ubicación y localización y permitir una mejor y ágil supervisión y aplicación de la normatividad;
- En referencia al inciso 10 deben formar parte del expediente clínico las cartas de consentimiento informado.  
El formato de *Autorización de Valoración y Tratamiento*, (217B20000- 043- 17) mismo que contiene el Cuestionario y las Indicaciones y Recomendaciones sólo deberá ser utilizado para escolares;  
Los formatos de *Historia Clínica y Estudio Estomatológico (Plan y Desarrollo de Tratamiento)* deberán complementarse para todo tipo de paciente.
- La nota médica deberá basarse en los numerales 5.9, 5.10 y 5.11 de la NOM-004 SSA3-2012, y el 9.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales.
- Las notas en el expediente clínico deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- Para la atención y tratamiento de los pre-escolares y escolares, invariablemente, deberá obtenerse la autorización del padre o tutor del escolar en los formatos ex profesos, mediante su firma autógrafa o, en su caso, colocando la huella digital.



## VII.- ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS FORMATOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO



## VIII.- CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO



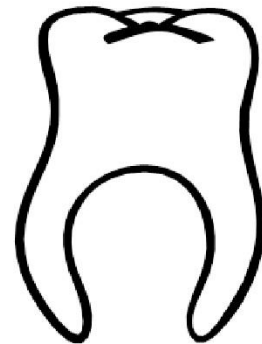
GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



1/APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	2/MARQUE CON UNA "X" <input type="checkbox"/> EMBARAZADA <input type="checkbox"/> URGENCIA
3/ESCUELA		4/CURP	
5/No. PÓLIZA DEL SEGURO POPULAR:		6/No. EXPEDIENTE:	

## PROGRAMA SALUD BUCAL

# EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO





GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO



	GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO	
FECHA DE CLASIFICACIÓN:	<b>ISEM/ 00023</b>	FECHA DE SESIÓN: 19/ 08/ 05
UNIDAD ADMINISTRATIVA:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD/ SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA/ UNIDADES DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL	
RESERVADO:	_____	
PERIODO DE RESERVA:	_____	
FUNDAMENTO LEGAL:	_____	
APLICACIÓN DEL PERIODO DE RESERVA	_____	
CONFIDENCIAL:	_____ ✓	
FUNDAMENTO LEGAL:	ART. 3.20 Y 3.22 DEL REGLAMENTO DE LA L.T.A.I.P.E.M./ CAP. III DE LOS CRITERIOS DE LA L.T.A.I.P.E.M./ NOM - 004 - SSA3 - 2012 EXPEDIENTE CLÍNICO	
RÚBRICA DEL TITULAR DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA:	_____	
FECHA DE DESCLASIFICACIÓN:	_____	
RÚBRICA Y CARGO DEL SERVIDOR PÚBLICO	_____	



NOTA: En el caso de que el sello no contenga los datos que aparecen en color azul, deberá requisitarse como lo indica el capítulo IV, criterio trigésimo octavo, de los Criterios para la Clasificación de la Información Pública de las Dependencias, Organismos Auxiliares y Fideicomisos Públicos de la Administración Pública del Estado de México. (Gaceta del Gobierno del 31 de enero del 2005).

217B20000-058-17

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

**Carpeta o Folder del Expediente Clínico Estomatológico.**

**Objetivo:**

Integrar los distintos formatos que se requieren durante el tratamiento del paciente.

**Distribución y Destinatario:**

La Carpeta o fólder se genera en original, llenando los apartados de información requerida con letra de molde legible en su apartado de anverso y reverso, se debe resguardar en el archivo clínico de la unidad médica.

<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1	<b>APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES</b>	Anotar el nombre completo del paciente.
2	<b>EMBARAZADA / URGENCIA:</b>	Marcar con una "X" el cuadro según corresponda tipo de paciente.
3	<b>ESCUELA:</b>	En caso de que el paciente sea escolar, anotar el nombre de la escuela.
4	<b>CURP:</b>	Anotar el CURP del paciente.
5	<b>No. PÓLIZA DE SEGURO POPULAR:</b>	Colocar el número completo de la póliza de afiliación al Seguro Popular.
6	<b>No. EXPEDIENTE:</b>	Registrar el número de expediente del paciente.

**REVERSO:** SELLO DE CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE INTEGRA EL EXPEDIENTE.

## IX

# INSTRUCTIVO DEL LLENADO DE LOS FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO DE UNIDAD MÉDICA

9.1. AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO (ANVERSO)



**Autorización de Valoración y Tratamiento**

1/NOMBRE DEL ESCOLAR:

2/GRUPO:	3/EDAD:	4/GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
----------	---------	--

5/DOMICILIO:

---

6/ESCUELA:

---

Autorizo al estomatólogo, para que efectúe la valoración y atención necesaria a mi hijo(a) y pueda tener él (ella), una buena salud bucal.

**7/AUTORIZA**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL  
PADRE, MADRE O TUTOR DEL ESCOLAR

8/FECHA:

---

**PROGRAMA SALUD BUCAL  
ATENCIÓN A ESCOLARES  
INFORMACIÓN**

SEÑOR PADRE DE FAMILIA:

Su hijo(a) necesita de la valoración y atención médica que le permita tener una buena salud bucal. Hacemos de su conocimiento, que su hijo(a), al igual que todos sus compañeros de grupo escolar serán valorados y atendidos con tratamientos preventivos y curativos.

9/Dicha atención se realizará en:

(UNIDAD MEDICA, UNIDAD MÓVIL, ESCUELA)

En caso de estar de acuerdo de que su hijo (a) sea atendido, sírvase acudir al plantel escolar con el fin de firmar la Historia Clínica completa y el Consentimiento Informado, post revisión, con las autoridades correspondientes.

Autorizo al personal del Instituto de Salud del Estado de México para que realice tomas fotográficas de mi hijo(a), de las que cedo los derechos para el uso o reproducción de las mismas, para formar parte del acervo fotográfico del Instituto de Salud del Estado de México y que serán utilizadas sin fines de lucro.

**10/AUTORIZA**

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL  
PADRE, MADRE O TUTOR DEL ESCOLAR

*Gracias*

AUTORIZACIÓN DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO (REVERSO)



¿Quieres que tu hijo (a) goce de una buena salud bucal?

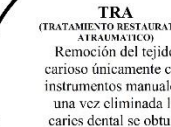
El Instituto de Salud del Estado de México tiene varias alternativas:

Semanas Estatales y Nacionales de Selladores de Fosas y Fisuras

**SELLADORES DE FOSAS Y FISURAS**  
Materiales de adherencia que protegen las zonas más susceptibles de las piezas dentarias como acción preventiva contra la caries dental, en los primeros molares permanentes que se encuentren sanos.



**TRA**  
(TRATAMIENTO RESTAURATIVO ATRAUMÁTICO)  
Remoción del tejido carioso únicamente con instrumentos manuales; una vez eliminada la caries dental se obtura con materiales de adherencia.



Atención Curativa y Preventiva Continua

**SISTEMA DE ATENCION GRADUAL**  
Atención bucal individualizada a toda la población escolar, con el objetivo de detectar al niño sano y mantenerlo así con actividades preventivas, además de atención curativa al alumno afectado.  
"ESCUELA LIBRE DE CARIES"




**UNIDAD MÓVIL**  
Mejorar la Salud Bucal de la población mexicana, que vive en las zonas más dispersas y marginadas de nuestro territorio, mediante acciones de promoción de la salud bucal, prevención y atención de las enfermedades bucales.



TRATAMIENTOS

- Técnica de cepillado
- Amalgama
- Uso de hilo dental
- Resinas
- Profilaxis
- Ionómero de Vidrio
- Aplicación de flúor
- Extracciones
- Selladores de Fosas y Fisuras
- Farmacoterapia



Para brindar un servicio de calidad; después de la revisión bucodental, es necesario que el padre o tutor firme la **historia clínica y el consentimiento informado**. Si desea que su hijo sea atendido favor de pasar con las autoridades escolares por información.

[http://salud.edomexico.gob.mx/html/saludbucal/sbucal\\_principal.html](http://salud.edomexico.gob.mx/html/saludbucal/sbucal_principal.html)

217B20000-043-17

<b>INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:</b>		
Autorización de Valoración y Tratamiento		
<b>Objetivo:</b> Que el estomatólogo obtenga el consentimiento del padre o tutor, para realizar la valoración estomatológica de acuerdo a las necesidades bucodentales del escolar		
<b>Distribución y Destinatario:</b> La Autorización de Valoración y Tratamiento corresponde al Programa de Salud Bucal; se entrega al padre o tutor del escolar con el fin de obtener la firma de autorización para posteriormente integrarlo a la historia clínica		
<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>INFORMACIÓN:</b>		
1	NOMBRE DEL ESCOLAR:	Anotar el nombre completo del escolar, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
2	GRUPO:	Registrar el grupo y grado escolar.
3	EDAD:	Anotar la edad en años cumplidos.
4	GENERO:	Indicar con "X" el género del escolar.
5	DOMICILIO:	Anotar el nombre de la calle, número interior y exterior, nombre de la colonia, código postal y nombre del municipio donde reside el escolar.
6	ESCUELA:	Anotar el nombre del plantel escolar al que asiste.
7	AUTORIZA:	Anotar el nombre completo del padre o tutor del escolar y solicitar la firma, en su caso, la huella digital.
8	FECHA:	Anotar día, mes y año en que se autoriza la valoración.
9	DICHA ATENCION SE REALIZARÁ EN:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica, el número de la unidad móvil o nombre oficial de la escuela donde se realiza la atención.
10	AUTORIZA:	Anotar el nombre completo del padre o tutor del escolar y solicitar la firma, en su caso, la huella digital.  En caso de no aceptar el padre o tutor debe colocar en el área de la firma la frase "NO AUTORIZO".



9.2. HISTORIA CLINICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO (PLAN Y DESARROLLO DE TRATAMIENTO)



**Historia Clínica y Estudio Estomatológico ( Plan y Desarrollo de Tratamiento )** 1/No. EXPEDIENTE:

2/UNIDAD:		3/CLAVE DE LA UNIDAD:		4/FECHA:		5/HORA:		
6/NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE (S)):					7/EDAD:		8/GÉNERO MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
9/DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO)							10/ TELÉFONO:	
11/OCCUPACIÓN:		12/ESTADO CIVIL:		13/CURP:		14/SEGURIDAD SOCIAL No. De Seguridad _____ IMSS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PROSPERA <input type="checkbox"/> SEGURO POPULAR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>		

**15/INTERROGATORIO**

¿QUÉ ENFERMEDAD (ES) HA PADECIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO? \_\_\_\_\_

CUANDO HA ACUDIDO A CONSULTA SU MEDICO LE HA DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD COMO:

ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	SI	NO	TUBERCULOSIS	SI	NO	DIABETES M	SI	NO	HEPATITIS	SI	NO
FIEBRE REUMÁTICA	SI	NO	BRONQUITIS	SI	NO	HIPOTENSIÓN	SI	NO	VIH	SI	NO
ANEMIA	SI	NO	EPILEPSIA	SI	NO	HIPERTENSIÓN	SI	NO	OTRA:	_____	

¿ES USTED ALERGICO A LA PENICILINA? SI NO OTROS MEDICAMENTOS SI NO CUÁLES: \_\_\_\_\_

¿LO HAN ANESTESIADO ANTERIORMENTE? SI NO ¿HA TENIDO PROBLEMAS CUANDO SE LA APLICARON? SI NO ¿QUE LE SUCEDIÓ? \_\_\_\_\_

¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGIA? SI NO CUÁL: \_\_\_\_\_ ¿TRANSFUSIONES SANGUINEAS? SI NO FECHA: \_\_\_\_\_

¿HA PRESENTADO SANGRADO EXCESIVO? SI NO ¿HEMORRAGIAS FRECUENTES? SI NO SITIO: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAMENTOS: ANTICOAGULANTES SI NO TRANQUILIZANTES SI NO  
OTROS SI NO CUÁLES: \_\_\_\_\_

¿ALGUN FAMILIAR SUYO PADECE DIABETES M? SI NO PARENTESCO: \_\_\_\_\_

¿FUMA? SI NO ¿INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI NO OTRO TIPO DE SUSTANCIAS: \_\_\_\_\_

16/NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO

17/NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

**EXPLORACIÓN**

**18/ EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS**

CARA	N	A	CUELLO	N	A	ARTICULACIÓN		
LABIOS	N	A	CARRILLOS	N	A	TEMPOROMANDIBULAR	N	A
PALADAR BLANDO	N	A	AMIGDALAS	N	A	PALADAR DURO	N	A
GLÁNDULAS SALIVALES	N	A	LENGUA	N	A	PISO DE LA BOCA	N	A

19/FC:                      20/TEMP:                      21/TALLA:                      22/TIPO DE OCLUSIÓN: \_\_\_\_\_  
 23/FR:                      24/T/A:                      25/PESO:                      26/DIAGNÓSTICOS (CLAVES): \_\_\_\_\_

**27/ODONTOGRAMA**

<p style="text-align: center;"><b>DERECHO</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>IZQUIERDO</b></p>
---	---







<b>INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:</b>		
Historia Clínica y Estudio Estomatológico		
<b>Objetivo:</b> Obtener la información para determinar el estado clínico del paciente, de acuerdo a las necesidades específicas que se requieran para el tratamiento correspondiente.		
<b>Distribución y Destinatario:</b> La Historia Clínica y Estudio Estomatológico, es llenada en original por el médico tratante, cada vez que proporcione atención y se resguarda en el Expediente Clínico Estomatológico.		
<b>No.</b>	<b>CONCEPTO</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
1	<b>No. DE EXPEDIENTE:</b>	Anotar el número registrado por el módulo de medicina general, en caso que no tenga, anotar con lápiz <b>“sin número de expediente”</b> . Cuando el estomatólogo lleva el control del expediente se anotará el número consecutivo correspondiente.
2	<b>UNIDAD:</b>	Anotar el nombre oficial de la unidad médica, el número de la unidad móvil o nombre oficial de la escuela donde se realiza la atención.
3	<b>CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:</b>	Registra la clave que le corresponde a la unidad médica, en caso que se desconozca anotar el nombre de ésta.
4	<b>FECHA:</b>	Anotar día, mes y año en que el paciente se presenta por primera vez al servicio.
5	<b>HORA:</b>	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la Historia Clínica.
6	<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
7	<b>EDAD:</b>	Anotar la edad en años cumplidos.
8	<b>GÉNERO:</b>	Indicar con “X” el género del paciente.
9	<b>DOMICILIO:</b>	Anotar el lugar de residencia del paciente: nombre de la calle, número interior y exterior, nombre de la colonia, zona, código postal y nombre del municipio donde reside el paciente.
10	<b>TELÉFONO:</b>	Anotar los números de su clave telefónica de línea o celular.
11	<b>OCUPACIÓN:</b>	Anotar la actividad a la que se dedica el paciente normalmente.
12	<b>ESTADO CIVIL:</b>	Anotar, en su caso si el paciente es soltero, casado, viudo o divorciado(a).
13	<b>CURP:</b>	Anotar clave CURP del paciente.
14	<b>SEGURIDAD SOCIAL:</b>	Indicar con “X” la seguridad social a la cual pertenece y con números arábigos el número de seguridad correspondiente.
15	<b>INTERROGATORIO:</b>	El estomatólogo deberá cuestionar al paciente sobre antecedentes heredo-familiares, personales patológicos y no patológicos y el padecimiento actual, anotando la respuesta o en su caso marcando con “X”.
16	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO:</b>	Anotar el Nombre completo y firma autógrafa del Estomatólogo que realiza la actividad.
17	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR</b>	El paciente o tutor deberá registrar su nombre y avalará con su firma los datos proporcionados en el interrogatorio como verdaderos, en caso de que no sepa escribir colocará su huella digital.
	<b>EXPLORACIÓN:</b>	El estomatólogo deberá observar al paciente desde que ingresa al consultorio.
18	<b>EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS:</b>	Marcar con una “x” según corresponda, “A” si está afectada, y con “N” si está normal.
19	<b>F.C.:</b>	Anotar frecuencia cardiaca con nomenclatura por minuto.
20	<b>TEMP:</b>	Anotar temperatura en grados centígrados. (°C)
21	<b>TALLA:</b>	Anotar altura del paciente en centímetros. (cm)

22	TIPO DE OCLUSIÓN:	<p>Anotar el tipo de oclusión según el caso:</p> <p><b>Escalón recto.-</b> cuando ambos planos distales de los segundos molares temporales inferior y superior están formando una línea recta.</p> <p><b>Escalón distal.-</b> cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por detrás del plano distal del segundo molar superior temporal.</p> <p><b>Escalón mesial.-</b> cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por delante del plano distal del segundo molar superior temporal.</p> <p><b>Escalón mesial exagerado.-</b> la cúspide mesio vestibular del segundo molar superior temporal, cae por detrás del surco central del segundo molar inferior temporal.</p> <p><b>Clase I.-</b> Es la relación existente entre los molares si la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesial del primer molar inferior permanente.</p> <p><b>Clase II.-</b> Es la relación existente entre la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente, si esta ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior permanente.</p> <p><b>Clase III.-</b> Se considera a la relación existente entre la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente, si esta ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior permanente.</p>
23	F.R.:	Anotar frecuencia respiratoria con nomenclatura por minuto.
24	T.A.:	Anotar tensión arterial con nomenclatura. (mm/Hg)
25	PESO:	Anotar peso de paciente en kilogramos. (kg)
26	DIAGNÓSTICOS (CLAVES):	Anotar la clave del diagnóstico con la clasificación del sistema CIE10.
27	ODONTOGRAMA:	<p>Anotar la nomenclatura correspondiente según sea el caso:</p> <p><b>Ausencia por caries.-</b> Marcar con una (X) en rojo cuando el diente esté ausente.</p> <p><b>Cariado.-</b> Marcar con rojo las superficies del diente donde se encuentre la lesión cariosa.</p> <p><b>Extracción indicada.-</b> Marcar con una diagonal en rojo cuando este indicada una extracción.</p> <p><b>No erupcionado.-</b> Marcar con un círculo a lápiz en el espacio correspondiente al diente que no haya erupcionado.</p> <p><b>Reincidencia de caries.-</b> Marcar con color rojo sobre el diagrama del diente cuando exista reincidencia de caries localizadas en el mismo sitio donde se realizó la obturación.</p> <p><b>Restaurado.-</b> Marcar con azul las superficies de un diente que se encuentre obturado.</p> <p><b>Sellador de fosetas y fisuras.-</b> Marcar con una "S" en rojo cuando en el diente está indicado colocarse un sellador; y, con una "s" en azul, cuando el diente presente un sellador.</p> <p>Si se encuentra otra patología deberá marcarse con la nomenclatura aprendida en la universidad.</p>
28	ODONTOGRAMA EVOLUCIÓN TRATAMIENTO DE DE	Anotar la nomenclatura correspondiente al odontograma según el tratamiento realizado en cada cita, en color azul.

29	<b>DIAGNOSTICO (CLAVES):</b>	Anotar la clave del diagnóstico con la clasificación del sistema CIE10.
30	<b>GRADO DE FLOUROSIS</b>	Anotar la nomenclatura de flourosis según sea el caso: F0: Normal, superficie suave, brillante y de color blanco–crema pálido. F1: Dudoso o cuestionable, el esmalte con ligeras alteraciones de translucidez, puntos y manchas dispersas. F2: Muy leve, pequeñas zonas blancas como papel y opacas, que afecta solo el 25% de la superficie labial. F3: Leve, la opacidad blanca es mayor que la anterior pero abarca menos del 50% de la superficie labial. F4: Moderada, las superficies del esmalte muestran un desgaste marcado, la coloración parda da un aspecto desagradable. F5: Severo, la superficie está muy afectada, la hipoplasia puede afectar la totalidad del diente, zonas excavadas y extensa pigmentación parda, dientes corroídos.
<b>INTRAMUROS</b>		
31	<b>CITA/FECHA.</b>	Registrar el día, mes y año de la cita de atención al paciente.
32	<b>CUADRANTES DAÑADOS:</b>	Anotar el número de cuadrante/s al que se realiza tratamiento.
<b>ATENCIÓN PREVENTIVA:</b>		
33	<b>ESQUEMA BÁSICO DE PREVENCIÓN:</b>	Se refiere a las acciones preventivas individuales que se realizan intramuros en una sesión: <b>CONTROL DE PLACA BACTERIANA:</b> Marcar con una (X) cuando se realice la detección de placa bacteriana por medio de pastilla reveladora u otro medio. <b>INSTRUCCIÓN TÉCNICA DE CEPILLADO:</b> Marcar con una (X) al realizar práctica de cepillado o al dar instrucción de la técnica. <b>INSTRUCCIÓN DE USO DE HILO DENTAL:</b> Marcar con una (X) si se realiza la práctica de utilización correcta de hilo dental durante la instrucción de la técnica. <b>PROFILAXIS:</b> Marcar con una (X) la acción de eliminar la placa bacteriana y realizar el pulido de las superficies dentales. <b>REVISIÓN HIGIENE DE PRÓTESIS:</b> Marcar con una (X) la higiene de prótesis, refiriéndose a la exploración y brindar información sobre los cuidados de la limpieza de las mismas. <b>REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES:</b> Marcar con una (X) la revisión de tejidos bucales, refiriéndose a la realización de examen de los tejidos blandos y duros intra y extra bucales. <b>ASISTENTE DE SESIÓN SOBRE SALUD BUCAL:</b> Marcar con una (X) la información, orientación y asesoría que se brinda al paciente sobre la conservación y cuidado de su salud.
34	<b>INSTRUCCIÓN AUTOEXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL:</b>	Marcar con una (X) la enseñanza de la exploración de la cavidad bucal para la detección oportuna de lesiones.
35	<b>APLICACIÓN TOPICA DE FLÚOR:</b>	Marcar con una (X) la acción de aplicar flúor tópico a las superficies dentarias.
36	<b>APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLÚOR:</b>	Marcar con una (X) la acción de aplicar barniz de flúor a las superficies dentarias.
37	<b>ODONTOXESIS:</b>	Marcar con una (X) la remoción de sarro y tártaro, así como el pulido de las superficies dentarias, esta actividad se podrá realizar en una, dos, tres o cuatro sesiones, dependiendo del criterio del estomatólogo y únicamente marcará con una (X) cuando la actividad se haya concluido.

38	<b>SELLADOR DE FOSETAS Y FISURAS:</b>	Actividad en la que se reporta el número de piezas dentales tratadas con sellante en las foquetas y fisuras.
39	<b>NÚMERO DE DIENTE:</b>	Registrar la nomenclatura del odontograma, el número correspondiente al diente al cual se le realizó algún tratamiento.
	<b>ATENCIÓN CURATIVA:</b>	Una vez terminada la actividad se encierra en un círculo el número correspondiente al diente tratado, indicando así que se concluyó, por ejemplo si el diente número 48 se obturo se encierra en un círculo.
40	<b>OBTURACIONES:</b>	Es la aplicación de cualquier material curativo de larga duración. Marcar con una (X) en la columna que corresponda el tratamiento que se realice.
41	<b>CURACIÓN CON MATERIAL TEMPORAL:</b>	Marcar con una (X) cuando se aplique material curativo de corta duración.
42	<b>EXTRACCIONES:</b>	Marcar con una (X) cuando se realice la remoción de piezas dentales, especificando si se trata de piezas temporales o permanentes.
43	<b>TERAPIA PULPAR:</b>	Marcar con una (X) si se efectúa el recubrimiento de la cámara pulpar con hidróxido de calcio, la pulpotomía y la pulpectomía.
44	<b>CIRUGÍA BUCAL.:</b>	Marcar con una (X) si durante la sesión se realizó actividad quirúrgica menor.
45	<b>FARMACOTERAPIA:</b>	Marcar con una (X) la prescripción de fármacos durante la atención.
46	<b>OTRAS ATENCIONES:</b>	Marcar con una (X) si se realizó alguna actividad en el paciente y que no puede ubicarse en ningún otro rubro. Anotar el número de actividades, pudiendo incluir las siguientes: raspado y alaciado radicular, tratamiento de lesiones en tejidos blandos, así como otras actividades no registradas en el formato. No deben incluirse las actividades que forman parte integral de un tratamiento (pulido de obturaciones, resinas subsecuentes, etc.) aun cuando éste requiera más tiempo del generalmente destinado.
47	<b>RADIOGRAFÍAS:</b>	Anotar el número de radiografías tomadas al paciente (periapicales, oclusales o infantiles)
48	<b>TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO:</b>	Marcar con una (X) cuando el tratamiento haya concluido de forma integral.
49	<b>REFERENCIA:</b>	Marcar con una (X) si el paciente es referido o contra referido.
50	<b>PROMOCIÓN DE LA SALUD:</b>	Marcar con una (X) en caso de presentar su cartilla de vacunación; posterior al llenado de línea de vida.
51	<b>FIRMA DEL RESPONSABLE:</b>	Columna reservada para registro y firma del estomatólogo operador que realiza el tratamiento.



52	<b>TOTAL:</b>	Al término del tratamiento deberán sumar las actividades realizadas, anotando en cada cuadro las cantidades que correspondan.
53	<b>PACIENTE DADO DE ALTA:</b>	Anotar la fecha día, mes y año en que concluye el tratamiento y el paciente es dado de alta.
54	<b>NOTAS MÉDICAS:</b>	<p>Registrar después de cada consulta con letra legible el nombre, edad y sexo del paciente, fecha y hora, signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura), resumen del interrogatorio y exploración física.</p> <p>Si es el caso registrar los resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico. Incluir el diagnóstico y el plan de tratamiento, además de la descripción detallada de las actividades realizadas puntualizando técnica anestésica, piezas dentales, materiales de obturación y pronóstico.</p> <p>En caso de farmacoterapia, anotar la posología completa (Presentación, dosis, vía de administración, periodicidad y duración, así como posibles efectos adversos).</p> <p>Todo esto con nombre, cédula profesional y firma del estomatólogo que lo elabora, así como la firma de conformidad del paciente.</p>

9.3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESTOMATOLÓGICO



**Carta de Consentimiento Informado Estomatológico**

1/UNIDAD:	2/LUGAR:	3/No. EXPEDIENTE:
4/NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		5/FECHA: 6/HORA:

El estomatólogo7/ \_\_\_\_\_, me ha informado de mi(s) padecimiento(s), por lo que necesito someterme a estudios de laboratorio, gabinete, histopatológicos y de procedimientos anestésicos, así como de tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) considerados como indispensables para recuperar mi salud.

El estomatólogo me informó de los riesgos y de las posibles complicaciones de los medios de diagnóstico y tratamientos médicos y/o quirúrgicos, por lo que por este medio, libremente y sin presión alguna acepto someterme a:

8/Diagnóstico(s) clínico(s) \_\_\_\_\_

9/Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos \_\_\_\_\_

10/Actos anestésicos \_\_\_\_\_

11/Tratamiento(s) estomatológico(s) \_\_\_\_\_

12/Tratamiento(s) quirúrgico(s) \_\_\_\_\_

13/Riesgos y complicaciones \_\_\_\_\_

14/Alternativa de tratamiento \_\_\_\_\_

15/Motivo de elección \_\_\_\_\_

16/Mayor o Menor urgencia \_\_\_\_\_

17/Pronóstico \_\_\_\_\_

He sido informado de los riesgos que entraña el procedimiento, por lo que acepto los riesgos que ello implica.

Autorizo al estomatólogo de esta unidad para que realice los estudios y tratamientos convenientes.

En igual sentido, autorizo ante cualquier complicación o efecto adverso durante el procedimiento, especialmente ante una urgencia médica, que se practiquen las técnicas y procedimientos necesarios.

Tengo la plena libertad de revocar la autorización de los estudios y tratamientos en cualquier momento, antes de realizarse.

En caso de ser menor de edad o con capacidades diferentes, se informó y autoriza el responsable del paciente.

18/NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO

19/NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

20/NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

20/NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

Carta de Consentimiento Informado Estomatológico.

**Objetivo:**

Obtener la autorización del paciente para que el estomatólogo realice los tratamientos convenientes.

**Distribución y Destinatario:**

El formato Carta de Consentimiento Informado Estomatológico, se llena en original por el médico tratante, y se resguarda en el expediente Clínico Estomatológico

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	<b>UNIDAD:</b>	Anotar el nombre oficial de la unidad médica, el número de la unidad móvil o nombre oficial de la escuela donde se realiza la atención.
2	<b>LUGAR:</b>	Anotar el nombre de la población donde se encuentra ubicada la unidad médica, unidad móvil o la escuela donde se realiza la atención.
3	<b>No. DE EXPEDIENTE:</b>	Anotar el número registrado por el módulo de medicina general, en caso que no tenga, anotar con lápiz "sin número de expediente". Cuando el estomatólogo lleva el control del expediente se anotará el número consecutivo correspondiente.
4	<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
5	<b>FECHA:</b>	Anotar la fecha con números arábigos el día, mes y año en que se llena el formato de consentimiento informado.
6	<b>HORA:</b>	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la autorización de consentimiento informado.
7	<b>EL ESTOMATÓLOGO</b>	Anotar el nombre completo del estomatólogo que realiza el consentimiento informado.
8	<b>DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S):</b>	Registrar el padecimiento o patología por la cual ingresa el paciente para su atención.
9	<b>ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLÓGICOS:</b>	Registrar los estudios complementarios que se requieren para el diagnóstico de la patología del paciente.
10	<b>ACTOS ANESTÉSICOS:</b>	Anotar el procedimiento anestésico por medio del cual permite realizar la atención médica del paciente.
11	<b>TRATAMIENTOS ESTOMATOLÓGICOS:</b>	Anotar el nombre del procedimiento considerado por el estomatólogo de alto riesgo que se le tratará al paciente.
12	<b>TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS:</b>	Describir el nombre del procedimiento quirúrgico considerado por el responsable del servicio.
13	<b>RIESGOS Y COMPLICACIONES:</b>	Registrar los probables riesgos y complicaciones dependiendo de tratamiento se realiza al paciente.
14	<b>ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO:</b>	Describir las alternativas de tratamiento estomatológico.
15	<b>MOTIVO DE ELECCIÓN:</b>	Describir el motivo de elección del tratamiento estomatológico.
16	<b>MAYOR O MENOR URGENCIA:</b>	Describir la mayor o menor urgencia de tratamiento.
17	<b>PRONÓSTICO:</b>	Describir el pronóstico. (RESERVADO)
18	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO:</b>	Anotar el nombre completo y firma autógrafa del estomatólogo que realiza la actividad.
19	<b>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:</b>	Nombre completo y firma autógrafa de quien autoriza y da consentimiento para realizar el tratamiento, en su caso, su huella digital.
20	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:</b>	Anotar el nombre completo y obtener la firma autógrafa de dos testigos.

9.4. HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO / ABANDONO DE TRATAMIENTO



**Hoja de Egreso Voluntario / Abandono de Tratamiento Estomatológico**

1/UNIDAD:	2/LUGAR:	3/No. EXPEDIENTE:	
4/NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))		5/FECHA:	6/HORA:

**7/Resumen Clínico:**

---



---



---



---

**8/Fase del tratamiento:**

---



---

**9/Tratamiento Faltante:**

---



---

**10/Factores de Riesgo:**

---



---

**11/Recomendaciones:**

---



---

12/NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO

13/NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA

14/NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

14/NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

**INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:**

Hoja de Egreso Voluntario / Abandono de Tratamiento Estomatológico.

**Objetivo:**

Registrar cuando el paciente decide no continuar la atención con plena conciencia de las consecuencias que dicho acto pudiera originar o el abandono total del tratamiento.

**Distribución y Destinatario:**

El formato Hoja de Egreso Voluntario / Abandono de Tratamiento, se llena en original por el estomatólogo, y se resguarda en el Expediente Clínico Estomatológico.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	<b>UNIDAD:</b>	Anotar el nombre oficial de la unidad médica, el número de la unidad móvil o nombre oficial de la escuela.
2	<b>LUGAR:</b>	Anotar el nombre de la población donde se encuentra ubicada la unidad médica.
3	<b>No. DE EXPEDIENTE:</b>	Anotar el número registrado por el módulo de medicina general, en caso que no tenga, anotar con lápiz "sin número de expediente". Cuando el estomatólogo lleva el control del expediente se anotará el número consecutivo correspondiente.
4	<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>	Anotar el nombre completo del paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
5	<b>FECHA:</b>	Anotar la fecha con números arábigos el día, mes y año en que se llena el formato de consentimiento informado.
6	<b>HORA:</b>	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la firma de la hoja de egreso.
7	<b>RESUMEN CLÍNICO</b>	Anotar los aspectos relevantes contenidos en el expediente de los tratamientos realizados.
8	<b>FASE DEL TRATAMIENTO</b>	Anotar en que momento del tratamiento el paciente ya no regresa.
9	<b>TRATAMIENTO FALTANTE</b>	Anotar los tratamientos que quedaron sin atención estomatológica.
10	<b>FACTORES DE RIESGO</b>	Anotar los riesgos al no concluir el tratamiento y las consecuencias de no atenderlos.
11	<b>RECOMENDACIONES</b>	Anotar las indicaciones de cuidado, mantenimiento, higiene, para conservar la salud bucal.
12	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL ESTOMATÓLOGO:</b>	Anotar el Nombre completo y firma autógrafa del Estomatólogo que realiza la actividad.
13	<b>NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:</b>	Nombre completo y firma autógrafa de quien autoriza y da consentimiento para realizar el tratamiento, en su caso, su huella digital. (Requisitar únicamente en caso de egreso voluntario).
14	<b>NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:</b>	Anotar el nombre completo y obtener la firma autógrafa de dos testigos.

## X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- *C.I.E.-* Clasificación Internacional de Enfermedades.
- *Carta de Consentimiento Informado.-* a los Documentos escritos signados por el paciente o su representante legal, o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta, bajo un procedimiento médico quirúrgico con fines diagnósticos Terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.
- *Expediente Clínico.-* al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimientos para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud debe hacer los registros, anotaciones en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.
- *Expediente Clínico.- Estomatológico.-* Parte del expediente clínico donde el estomatólogo o pasante en servicio social registra los datos generales del paciente, los antecedentes personales patológicos que pudieran interferir en el tratamiento estomatológico, así como los signos y síntomas observados, el diagnóstico que se obtiene y el desarrollo del tratamiento.
- *Escalón recto.-* cuando ambos planos distales de los segundos molares temporales inferior y superior están formando una línea recta.
- *Escalón distal.-* cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por detrás del plano distal del segundo molar superior temporal.
- *Escalón mesial.-* cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por delante del plano distal del segundo molar superior temporal.
- *Escalón mesial exagerado.-* la cúspide mesio vestibular del segundo molar superior temporal, cae por detrás del surco central del segundo molar inferior temporal.
- *Clase I.-* Es la relación existente entre los molares si la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente ocluye en el surco mesial del primer molar inferior permanente.
- *Clase II.-* Es la relación existente entre la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente, si esta ocluye por delante del surco vestibular del primer molar inferior permanente.
- *Clase III.-* Se considera a la relación existente entre la cúspide vestibular mesial del primer molar superior permanente, si esta ocluye por detrás del surco vestibular del primer molar inferior permanente.
- *Paciente.-* A todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.
- *Establecimiento para atención médica.-* a todo aquel, fijo o móvil, público, social o privado, donde se preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, cualquiera que sea su denominación, incluidos los consultorios.
- *Urgencia.-* A todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y requiera la atención inmediata.

---

**XI. VALIDACIÓN**

---

**Mtro. César Nomar Gómez Monge**  
Secretario de Salud  
(Rúbrica)

---

**Dra. Elizabeth Dávila Chávez**  
Directora General del ISEM  
(Rúbrica)

---

**Dr. José Pedro Montoya Moreno**  
Coordinador de Salud  
(Rúbrica)

---

**Mtro. Leopoldo Morales Palomares**  
Coordinador de Administración  
y Finanzas  
(Rúbrica)

---

**Dr. Ángel Salinas Arnaut**  
Director de Servicios de Salud  
(Rúbrica)

---

**Mtra. Claudia Terán Cordero**  
Jefa de la Unidad  
de Modernización Administrativa  
(Rúbrica)

---

**Dra. Eloísa Laura Quijada Sánchez**  
Subdirectora de Prevención y  
Control de Enfermedades  
(Rúbrica)

---

**Dra. Hitzel Caballero Pérez**  
Jefe del Departamento de  
Estomatología  
(Rúbrica)



*“Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico”*

**Secretaría de Salud**

***Instituto de Salud del Estado de México***

Responsables de la información:

- C.D. Hitzel Caballero Pérez.  
Jefe del Departamento de Estomatología.
- C.D. Irma Graciela Quiroz Velázquez.
- C.D. Valeria Naretto Cortez.

Responsable de su integración:

- Lic. Claudia Terán Cordero.  
Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa.
- Lic. Karen Seguel Granados  
Jefa del Departamento de Desarrollo Institucional.
- Lic. Armando Santín Pérez.

Analista.

- Lic. Sergio Arturo Enguilo Yaxi  
Analista

*Toluca, México*

*Septiembre 2017*