



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO


ISEM

EDOMÉX
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES

CATÁLOGO DE FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO, BASADO EN LA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

FEBRERO, 2020

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO



Derechos Reservados.
Quinta Edición, Febrero 2020.
Gobierno del Estado de México.
Secretaría de Salud.
Instituto de Salud del Estado de México.
Independencia Ote. 1009.
Colonia Reforma.C.P. 50070.

Impreso y hecho en Toluca, México.
Printed and made in Toluca, México.
Correo electrónico: webmasterisem@salud.gob.mx
La reproducción total o parcial de este documento podrá efectuarse mediante la autorización expreso de la fuente y dándole el crédito correspondiente.

ÍNDICE

PÁG.

Presentación.....	2
I. Objetivo General.....	3
II. Objetivos Específicos	4
III. Base Legal	5
IV. Normas Básicas	8
V. Orden de Colocación de los Formatos que Integran el Expediente Clínico Estomatológico.....	9
VI. Formatos e Instructivos del Expediente Clínico Estomatológico	10
Carpeta o Folder del Expediente Clínico Estomatológico.....	11
1.1. Autorización de Valoración y Tratamiento	14
1.2. Historia Clínica y Estudio Estomatológico (Plan y Desarrollo de Tratamiento)/ Notas Médicas Estomatológicas	17
1.3. Carta de Consentimiento Informado para Estomatología	27
1.4. Hoja de Egreso Voluntario/ Tratamiento Estomatológico	30
VII. Glosario de Términos.....	33
VIII. Validación.....	35
IX. Aprobación.....	36
X. Hoja de Actualización	37
XI. Créditos.....	38

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.

Es por ello, que se 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 la calidad.

El presente Catalogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico, Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico documenta la acción organizada para dar cumplimiento a la misión 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 la gestión administrativa de este organismo descentralizado del Ejecutivo Estatal.

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 hacia nuevos esquemas de responsabilidad, transparencia, organización, liderazgo y productividad.



I. OBJETIVO GENERAL

Homologar la integración del Expediente Clínico Estomatológico de conformidad con la NOM-004-SSA3-2012 mediante el establecimiento de criterios éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, uso y manejo del archivo, al procurar su conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad.


II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mantener un control de las actividades que se realizan a la o al Paciente para proporcionarle una atención estomatológica de calidad;
- Contar con el registro adecuado que permita establecer el tratamiento estomatológico de la o del Paciente;
- Disponer de información para realizar estudios epidemiológicos sobre salud bucal;
- Integrar la Historia Clínica de la o 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.

III. BASE LEGAL

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
Diario Oficial, 5 de febrero de 1917, reformas y adiciones.
- Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México.
Periódico Oficial, 10, 14 y 17 de noviembre de 1917, reformas y adiciones.
- Ley General de Salud.
Diario Oficial de la Federación, 7 de febrero de 1984, reformas y adiciones.
- Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos.
Diario Oficial de la Federación, 31 de diciembre de 1982, reformas y adiciones.
- Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
Diario Oficial de la federación, 4 de mayo de 2015.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
Diario Oficial de la Federación, 9 de mayo de 2016, reformas y adiciones.
- Ley de Responsabilidades Administrativas del Estado de México y Municipios.
Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 30 de mayo de 2017.
- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México y Municipios.
Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 4 de mayo de 2016, reformas y adiciones.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
Diario Oficial de la Federación, 19 de diciembre del 2016.
- Reglamento de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
Diario Oficial de la Federación, 11 de junio de 2003.
- Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de México.
Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 18 de octubre de 2004.
- Reglamento de Salud del Estado de México.
Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, del 13 de marzo del 2002.
- Reglamento Interno del Instituto de Salud del Estado de México.
Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 12 de agosto del 2011, reformas y adiciones.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico.
Diario Oficial de la Federación, 6 de diciembre 1994.

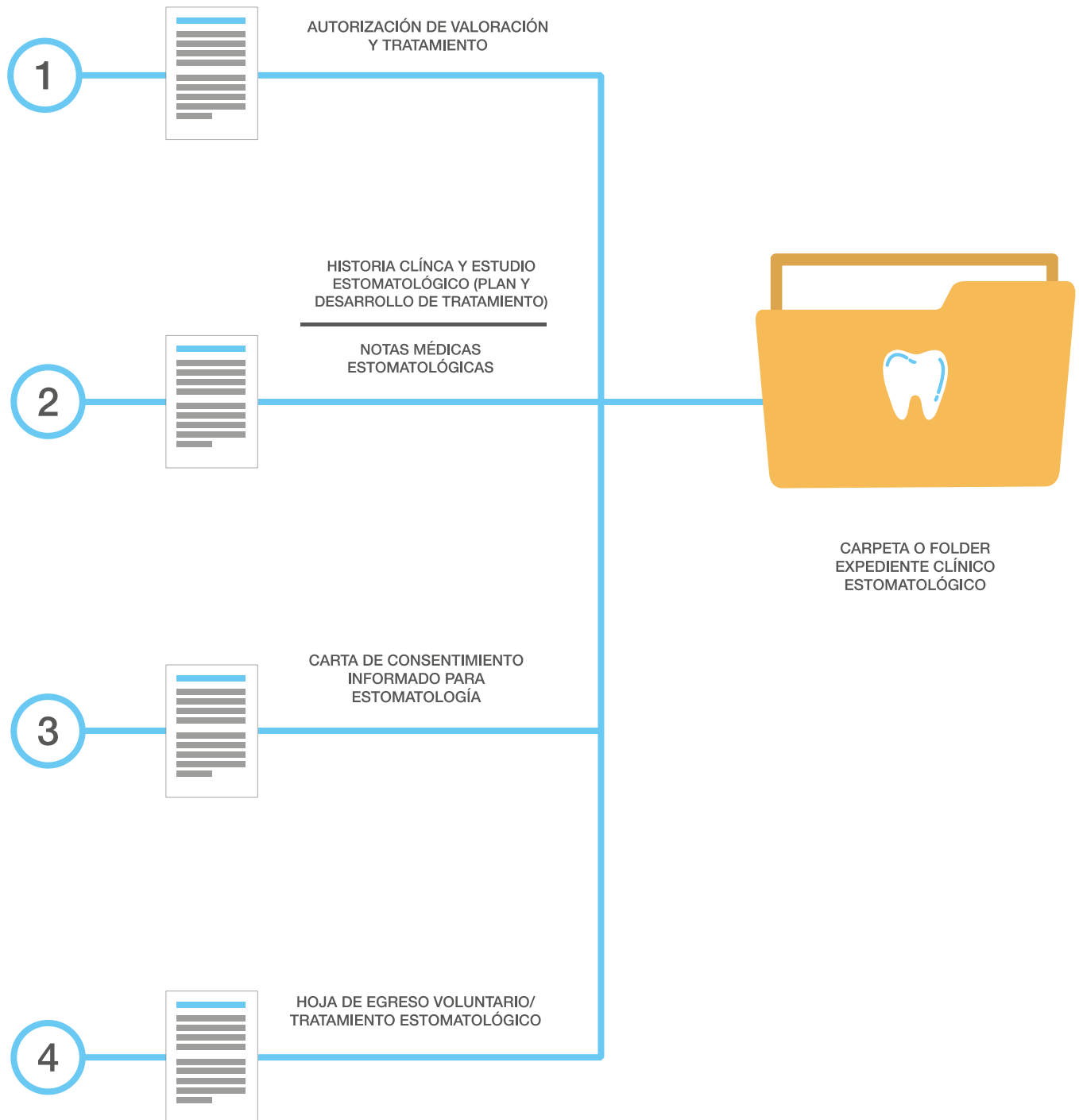
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales.
Diario Oficial de la Federación, 23 de noviembre de 2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.
Diario Oficial de la Federación, 19 de febrero de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.
Diario Oficial de la Federación, 11 de abril de 1996.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de los servicios en salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
Diario Oficial de la Federación, 04 de septiembre de 2015.
- Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
Diario Oficial de la Federación, 26 de octubre de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de tuberculosis.
Diario Oficial de la Federación, 13 de noviembre de 2013.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
Diario Oficial de la Federación, 7 de abril de 2016.
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
Diario Oficial de la Federación, 13 de abril de 1994.
- Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de anestesiología.
Diario Oficial de la Federación, 23 de marzo de 2012.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana.
Diario Oficial de la Federación, 02 de mayo de 2018.
- Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
Diario Oficial de la Federación, 7 de enero de 2012.
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-006-SSA3-2017, Para la práctica de anestesiología.
Diario Oficial de la Federación, 31 de enero de 2018.

- 
- Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2-2018, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. Diario Oficial de la Federación, 3 de mayo de 2018.
 - Manual General de Organización del Instituto de Salud del Estado de México. Periódico “Gaceta del Gobierno”, 18 de diciembre de 2013.

IV. NORMAS BÁSICAS

- El Expediente Clínico Estomatológico deberá elaborarse para todos los pacientes desde la primera vez;
- El Expediente Clínico Estomatológico deberán ser llenados por la Estomatóloga o el Estomatólogo Operador;
- Los expedientes clínicos serán propiedad de la Unidad Médica.
- La o el paciente aportará la información y será beneficiario de la atención médica, teniendo 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 Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del Expediente Clínico y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.
- El Expediente Clínico, deberá ser conservado por un período mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.
- 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 este instructivo, con el propósito de estandarizar los archivos clínicos de las unidades médicas del Instituto, facilitar su ubicación y localización, permitir una mejor y ágil supervisión y aplicación de la normatividad;
- El formato de “Autorización de Valoración y Tratamiento”, 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.

V. ORDEN DE COLOCACIÓN DE LOS FORMATOS QUE INTEGRAN EL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO





**VI. FORMATOS E INSTRUCTIVOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
ESTOMATOLÓGICO**

CARPETA O FOLDER DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO



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. POLIZA DEL SEGURO POPULAR:		6/No. EXPEDIENTE:	

PROGRAMA SALUD BUCAL

**EXPEDIENTE CLÍNICO
ESTOMATOLÓGICO**



206C0101100000L-056-19

FECHA DE CLASIFICACIÓN: ISEM/ 00023 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: _____

ISEM

NOTA: En 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).

INSTRUCTIVOS PARA LLENAR FORMATO:

Carpeta o Folder del Expediente Clínico Estomatológico.

Objetivo:

Integrar los distintos formatos que se requieren durante el tratamiento de la o el 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.

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

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

1.1. AUTORIZACIÓN DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO



Autorización de Valoración y Tratamiento

1/ NOMBRE DEL ESCOLAR:

2/ GRUPO:

3/ EDAD:

4/ GÉNERO

MASCULINO FEMENINO

5/ DOMICILIO:

6/ ESCUELA:

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

7/ **AUTORIZA**

NOMBRE Y FIRMA DE LA
MADRE, PADRE O TUTOR DEL ESCOLAR

8/ FECHA:



PROGRAMA SALUD BUCAL ATENCIÓN A ESCOLARES INFORMACIÓN

SEÑOR PADRE DE FAMILIA:

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

9/ Dicha atención se realizará en:

(Unidad Médica, Unidad Móvil, Escuela)

Si está de acuerdo en que su hija (o) 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 a que realice toma fotográfica de mi hija (o), de la que cedo los derechos para el uso o reproducción de la misma, a fin de formar parte del acervo fotográfico del ISEM y que serán utilizadas sin fines de lucro.

10/ **AUTORIZA**

Nombre y Firma del Padre,
Madre o Tutor del Escolar.

Gracias

208C0101100000L-043-19

¿Quieres que tu hija(o) 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 encuentran 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 ATENCIÓN 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 CARIÉS"



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.
- Uso de hilo dental.
- Profilaxis.
- Aplicación de flúor.
- Selladores de fosas y fisuras.
- Amalgama.
- Resinas.
- Ionómero de vidrio.
- Extracciones.
- 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

INSTRUCTIVOS PARA LLENAR FORMATO:		
Autorización de Valoración y Tratamiento.		
Objetivo: Que el estomatólogo obtenga el consentimiento del padre o tutor, para realizar la valoración estomatológica de acuerdo a las necesidades bucodentales del escolar.		
Distribución y destinatario: 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.		
No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
INFORMACIÓN		
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	GÉNERO:	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 ATENCIÓN 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"

1.2. HISTORIA CLÍNICA Y ESTUDIO ESTOMATOLÓGICO (PLAN Y DESARROLLO DE TRATAMIENTO)



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Historia Clínica y Estudio Estomatológico (Plan y Desarrollo de Tratamiento)				1/No. EXPEDIENTE:
2/UNIDAD:		3/CLAVE DE LA UNIDAD:		4/FECHA:
5/NOMBRE DE LA O EL 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/OCCUPACION:	12/ESTADO CIVIL:	13/CURP:	14/SEGURIDAD SOCIAL No. De Seguridad: _____ IMS <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PROSPERA <input type="checkbox"/> SEGURO POPULAR <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>	

15/INTERROGATORIO

¿QUE 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
PIRENE REUMÁTICA	SI	NO	BRONQUITIS	SI	NO	HIPOTENSIÓN	SI	NO	VH	SI	NO
ANEMIA	SI	NO	EPILEPSIA	SI	NO	HIPERTENSIÓN	SI	NO	OTRA:	_____	

¿ES USTED ALÉRGICO A LA PENICILINA? SI NO OTROS MEDICAMENTOS SI NO CUÁLES: _____

¿LO HAN ANESTESIADO ANTERIORMENTE? SI NO ¿HA TENDIDO PROBLEMAS CUANDO SE LA APLICARON? SI NO ¿QUE LE SUCEDIÓ? _____

¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGIA? SI NO CUÁL: _____ ¿TRANSFUSIONES SANGÜÍNEAS? 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: _____

¿ALGÚN 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 ESTOMATOLOGO

17/NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR

EXPLORACIÓN

18/ EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANDOS

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

19/FC: _____ 20/TEMP: _____ 21/TALLA: _____ 22/TIPO DE OCLUSIÓN: _____
 23/FR: _____ 24/TIA: _____ 25/PESO: _____ 26/DIAGNÓSTICOS (CLAVES): _____

27/ODONTOGRAMA

<p>DERECHO</p>	<p>IZQUIERDO</p>
-----------------------	-------------------------

208C010110000L-042-19

INSTRUCTIVOS PARA LLENAR FORMATO:

Historia Clínica y Estudio Estomatológico.

Objetivo:

Obtener la información para determinar el estado clínico del paciente, de acuerdo a las necesidades específicas que se requieran para el tratamiento correspondiente.

Distribución y destinatario:

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.

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	NO. DE EXPEDIENTE:	Anotar el número registrado por el módulo de medicina general, en caso que no tengo, anotar con lápiz “sin número de expediente” . En centros de salud y hospitales donde el estomatólogo lleva el control del expediente se anotará el número consecutivo correspondiente.
2	UNIDAD:	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	CLAVE DE LA UNIDAD MÉDICA:	Registra la clave que le corresponde a la unidad médica, en caso que se desconozca anotar el nombre de ésta.
4	FECHA:	Anotar día, mes y año en que el paciente se presenta por primera vez al servicio.
5	HORA:	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la Historia Clínica.
6	NOMBRE DE LA O EL PACIENTE:	Anotar el nombre completo de la o el paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
7	EDAD:	Anotar la edad en años cumplidos.
8	GÉNERO:	Indicar con una “X” el género.
9	DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia de la o el 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	TELÉFONO:	Anotar los números de su clave telefónica de línea o celular.
11	OCUPACIÓN:	Anotar la actividad a la que se dedica la o el paciente normalmente.
12	ESTADO CIVIL:	Anotar, en su caso si el paciente es soltero, casado, viudo o divorciado(a).
13	CURP:	Anotar clave CURP de la o el paciente.
14	SEGURIDAD SOCIAL:	Indicar con una “X” la seguridad social a la que pertenece y con números arábigos el número de seguridad

		correspondiente.
15	INTERROGATORIO:	El estomatólogo deberá cuestionar a la o el 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	NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE ESTOMATOLOGÍA:	Anotar el Nombre completo y firma autógrafa del Personal de estomatología que realiza la actividad.
17	NOMBRE Y FIRMA DE LA O EL PACIENTE O TUTOR:	La o 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.
	EXPLORACIÓN:	El estomatólogo deberá observar a la o el paciente desde que ingresa al consultorio.
18	EXAMEN FACIAL Y TEJIDOS BLANCOS:	Marcar con una “X” según corresponda, “A” si está afectada, y con “N” si está normal.
19	F.C.:	Anotar frecuencia cardiaca con nomenclatura por minuto.
20	TEMP:	Anotar temperatura en grados centígrados. (°C).
21	TALLA:	Anotar altura del paciente en centímetros. (cm).
22	TIPO DE OCLUSIÓN:	<p>Anotar el tipo de oclusión según el caso:</p> <p>Escalón recto.- cuando ambos planos distales de los segundos molares temporales inferior y superior están formando una línea recta.</p> <p>Escalón distal.- cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por detrás del plano distal del segundo molar superior temporal.</p> <p>Escalón mesial.- cuando el plano distal del segundo molar inferior temporal está por delante del plano distal del segundo molar superior temporal.</p> <p>Escalón mesial exagerado.- la cúspide mesio vestibular del segundo molar superior temporal, cae por detrás del surco central del segundo molar inferior temporal.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

		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.
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 la o el paciente en kilogramos. (kg)
26	DIAGNÓSTICOS (CLAVES):	Anotar la clave del diagnóstico con la clasificación del sistema CIE10.
27	ODONTOGRAMA:	Anotar la nomenclatura correspondiente según sea el caso: Ausencia por caries.- Marcar con una (X) en rojo cuando el diente esté ausente. Cariado.- Marcar con rojo las superficies del diente donde se encuentre la lesión cariosa. Extracción indicada.- Marcar con una diagonal en rojo cuando este indicada una extracción. No erupcionado.- Marcar con un círculo a lápiz en el espacio correspondiente al diente que no haya erupcionado. Reincidencia de caries.- Marcar con color rojo sobre el diagrama del diente cuando exista reincidencia de caries localizadas en el mismo sitio donde se realizó la obturación. Restaurado.- Marcar con azul las superficies de un diente que se encuentre obturado. Sellador de fosetas y fisuras.- Marcar con una “S” en rojo cuando el diente está indicado colocarse un sellador; y, con una “s” en azul, cuando el diente presente un sellador. Si se encuentra otra patología deberá marcarse con la nomenclatura aprendida en la universidad.
28	ODONTOGRAMA DE EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO:	Anotar la nomenclatura correspondiente al odontograma según el tratamiento realizado en cada cita, en color azul.
29	DIAGNÓSTICO (CLAVES):	Anotar la clave del diagnóstico con la clasificación del sistema CIE10
30	GRADO DE FLOUROSIS:	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.

		<p>F3: Leve, la opacidad blanca es mayor que la anterior pero abarca menos del 50% de la superficie labial.</p> <p>F4: Moderada, las superficies del esmalte muestran un desgaste marcado, la coloración parda da un aspecto desagradable.</p> <p>F5: Severo, la superficie está muy afectada, la hipoplasia puede afectar la totalidad del diente, zonas excavadas y extensa pigmentación parda, dientes corroídos.</p>
INTRAMUROS		
31	CITA/ FECHA:	Registrar el día, mes y año de la cita de atención al paciente.
32	CUADRANTES DAÑADOS:	Anotar el número de cuadrante/s al que se realiza tratamiento.
ATENCIÓN PREVENTIVA:		
33	ESQUEMA BÁSICO DE PREVENCIÓN:	<p>Se refiere a las acciones preventivas individuales que se realizan intramuros en una sesión:</p> <p>CONTROL DE PLACA BACTERIANA: Marcar con una (X) cuando se realice la detección de placa bacteriana por medio de pastilla reveladora u otro medio.</p> <p>INSTRUCCIÓN TÉCNICA DE CEPILLADO: Marcar con una (X) al realizar práctica de cepillado o al dar instrucción de la técnica.</p> <p>INSTRUCCIÓN DE USO DE HILO DENTAL: Marcar con una (X) si se realiza la práctica de utilización correcta de hilo dental durante la instrucción de la técnica.</p> <p>PROFILAXIS: Marcar con una (X) la acción de eliminar la placa bacteriana y realizar el pulido de las superficies dentales.</p> <p>REVISIÓN HIGIENE DE PRÓTESIS: Marcar con una (X) la higiene de prótesis, refiriéndose a la exploración y brindar información sobre los cuidados de la limpieza de las mismas.</p> <p>REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES: 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.</p> <p>ASISTENTE DE SESIÓN SOBRE SALUD BUCAL: Marcar con una (X) la información, orientación y asesoría que se brinda a la o el paciente sobre la conservación y cuidado de su salud.</p>
34	INSTRUCCIÓN AUTOEXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL:	Marcar con una (X) la enseñanza de la exploración de la cavidad bucal para la detección oportuna de lesiones.
35	APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR:	Marcar con una (X) la acción de aplicar flúor tópico a las superficies dentarias.

36	APLICACIÓN DE BARNÍZ DE FLÚOR:	Marcar con una (X) la acción de aplicar barniz de flúor a las superficies dentarias.
37	ODONTOXESIS:	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	SELLADOR DE FOSETAS Y FISURAS:	Actividad en la que se reporta el número de piezas dentales tratadas con sellante en las fosetas y fisuras.
39	NÚMERO DE DIENTE:	Registrar la nomenclatura del odontograma, el número correspondiente al diente al cual se le realizó algún tratamiento.
	ATENCIÓN CURATIVA:	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	OBTURACIONES	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	CURACIÓN CON MATERIAL TEMPORAL:	Marcar con una (X) cuando se aplique material curativo de corta duración.
42	EXTRACCIÓNES:	Marcar con una (X) cuando se realice la remoción de piezas dentales, especificando si se trata de piezas temporales o permanentes.
43	TERAPIA PULPAR:	Marcar con una (X) si se efectúa el recubrimiento de la cámara pulpar con hidróxido de calcio, la pulpotomía y la pulpectomía.
44	CIRUGÍA BUCAL:	Marcar con una (X) si durante la sesión se realizó actividad quirúrgica menor.
45	FARMACOTERAPIA:	Marcar con una (X) la prescripción de fármacos durante la atención.
46	OTRAS ATENCIONES:	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	RADIOGRAFIAS:	Anotar el número de radiografías tomadas al paciente (periapicales, oclusales o infantiles).
48	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO:	Marcar con una (X) cuando el tratamiento haya concluido de forma integral.
49	REFERENCIA:	Marcar con una (X) si el paciente es referido o contra referido.
50	PROMOCIÓN DE LA SALUD:	Marcar con una (X) en caso de presentar su cartilla de vacunación; posterior al llenado de línea de vida.
51	FIRMA DEL RESPONSABLE:	Columna reservada para registro y firma del odontólogo operador que realiza el tratamiento.
52	TOTAL:	Al término del tratamiento deberán sumar las actividades realizadas, anotando en cada cuadro las cantidades que correspondan.
53	PACIENTE DADO DE ALTA:	Anotar la fecha día, mes y año en que concluye el tratamiento y la o el paciente es dado de alta.
54	NOTAS MÉDICAS:	<p>Registrar después de cada consulta con letra legible el nombre, edad y sexo de la o el paciente, fecha y hora, signos vitales (Peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, 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.</p> <p>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 odontólogo que lo elabora.</p>

1.3. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTOMATOLOGÍA



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Carta de Consentimiento Informado para Estomatología

UNIDAD MÉDICA: (1)		LUGAR: (2)	FECHA: (3)	HORA: (4)
NOMBRE DE LA O EL PACIENTE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S)) (5)			No. EXPEDIENTE: (6)	
EDAD: (7)	GÉNERO: (8) <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	OCUPACIÓN: (9)	ESTADO CIVIL: (10)	
DOMICILIO (CALLE, NÚMERO, COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ESTADO) (11)				

El personal médico del servicio de (12) _____, me han 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 personal médico 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:

Diagnóstico(s) clínico(s) (13) _____

Estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos (14) _____

Actos anestésicos (15) _____

Tratamiento(s) odontológicos (5) (16) _____

Tratamiento(s) quirúrgico(s) (17) _____

Riesgos y complicaciones (18) _____

Alternativa de tratamiento (19) _____

Motivo de elección (20) _____

Mayor o Menor urgencia (21) _____

Pronóstico (22) _____

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

Autorizo al personal médico de este hospital para que realicen 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.

NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE
ESTOMATOLOGÍA (23)

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA (24)

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (25)

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO (26)

208C0101100000L-035-19

INSTRUCTIVOS PARA LLENAR FORMATO:

Carta de Consentimiento Informado para Estomatología.

Objetivo:

Obtener la autorización de la o el paciente para que el o los odontólogo(s) de la unidad médica le realicen los estudios y tratamientos convenientes.

Distribución y destinatario:

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

No.	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1	UNIDAD MÉDICA:	Anotar el nombre completo del escolar, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s).
2	LUGAR:	Registrar el grupo y grado escolar.
3	FECHA:	Anotar la edad en años cumplidos.
4	HORA:	Indicar con "X" el género del escolar.
5	NOMBRE DE LA O EL PACIENTE:	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	NO. DE EXPEDIENTE:	Anotar el nombre del plantel escolar al que asiste.
7	EDAD:	Anotar el nombre completo del padre o tutor del escolar y solicitar la firma, en su caso, la huella digital.
8	GÉNERO:	Anotar día, mes y año en que se autoriza la valoración.
9	OCUPACIÓN:	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	ESTADO CIVIL:	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"
11	DOMICILIO:	Anotar el lugar de residencia de la o el paciente: calle, número interior y exterior, colonia, localidad, municipio y estado.
12	EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE...:	Anotar el nombre del servicio: A).Estomatología. B) Cirugía maxilofacial. C) Patología bucal.
13	DIAGNÓSTICO(S) CLÍNICO(S):	Registrar el padecimiento o patología por la cual ingresa la o el paciente para su atención.

14	ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE E HISTOPATOLÓGICOS:	Registrar los estudios complementarios que se requieren para el diagnóstico de la patología de la o el paciente.
15	ACTOS ANESTÉSICOS:	Anotar el procedimiento anestésico por medio del cual permite realizar la atención médica de la o el paciente.
16	TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS:	Anotar el nombre del procedimiento considerado por el estomatólogo de alto riesgo que se le tratará a la o el paciente.
17	TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS:	Describir el nombre del procedimiento quirúrgico considerado por el responsable del servicio.
18	RIESGOS Y COMPLICACIONES:	Registrar los probables riesgos y complicaciones dependiendo de la patología que presenta la o el paciente.
19	ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO:	Describir las alternativas de tratamiento estomatológico.
20	MOTIVO DE ELECCIÓN:	Describir el motivo de elección del tratamiento estomatológico.
21	MAYOR O MENOR URGENCIA:	Describir la mayor o menor urgencia de tratamiento.
22	PRONÓSTICO:	Describir el Pronóstico.
23	NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE DE ESTOMATOLOGÍA:	Anotar el Nombre completo y firma autógrafa del Responsable de Estomatología que realiza la actividad.
24	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:	Nombre completo y firma autógrafa de quien autoriza y da consentimiento para realizar el tratamiento, en su caso, su huella digital.
25/ 26	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:	Anotar el nombre completo y obtener la firma autógrafa de dos testigos, personas independientes del servicio médico.

1.4. HOJA DE EGRESO VOLUNTARIO/ TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



Hoja de Egreso Voluntario / Tratamiento Estomatológico

1/ UNIDAD:		2/ LUGAR:		3/ NO. DE EXPEDIENTE:	
4/ NOMBRE DE LA O EL PACIENTE: (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO Y NOMBRE(S))				5/ FECHA:	6/ HORA:
7/ Resumen Clínico:					
8/ Fase de tratamiento:					
9/ Tratamiento Faltante					
10/ Factores de Riesgo:					
11/ Recomendaciones:					
12/ NOMBRE Y FIRMA PERSONAL ESTOMATOLOGÍA			13/ NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA		
14/ NOMBRE Y FIRMA TESTIGO			15/ NOMBRE Y FIRMA TESTIGO		


205C-0101100000L-619-19

INSTRUCTIVOS PARA LLENAR FORMATO:		
Hoja de Egreso Voluntario / 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	UNIDAD:	Anotar el nombre oficial de la unidad médica, el número de la unidad móvil o nombre oficial de la escuela
2	LUGAR:	Anotar el nombre de la población donde se encuentra ubicada la unidad médica.
3	NO. DE EXPEDIENTE:	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	NOMBRE DE LA O EL PACIENTE:	Anotar el nombre completo de la o el paciente, iniciando con el apellido paterno, materno y nombre(s)
5	FECHA:	Anotar la fecha con números arábigos el día, mes y año en que se llena el formato de consentimiento informado.
6	HORA:	Anotar con números arábigos la hora en que se realice la firma de la hoja de egreso.
7	RESUMEN CLÍNICO:	Anotar los aspectos relevantes contenidos en el expediente de los tratamientos realizados
8	FASE DEL TRATAMIENTO:	Anotar en que momento del tratamiento la o el paciente ya no regresa.
9	TRATAMIENTO FALTANTE:	Anotar los tratamientos que quedaron sin atención estomatológica.
10	FACTORES DE RIEGO:	Anotar los riesgos al no concluir el tratamiento y las consecuencias de no atenderlos
11	RECOMENDACIONES:	Anotar las indicaciones de cuidado, mantenimiento, higiene, para conservar la salud bucal.
12	NOMBRE Y FIRMA DEL PERSONAL DE ESTOMATOLOGÍA:	Anotar el Nombre completo y firma autógrafa del Personal de Estomatología que realiza la actividad.

13	NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:	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	NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO:	Anotar el nombre completo y obtener la firma autógrafa de dos testigos.

VII. GLOSARIO DE TERMINOS

- **C.I.E.-** Clasificación Internacional de Enfermedades.
- **Carta de Consentimiento Informado.-** A los Documentos escritos signados por la o 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 la o 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 de la o 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 de la o 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.-** Toda usuaria o 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.



VIII. VALIDACIÓN

DR. GABRIEL O'SHEA CUEVAS
SECRETARIO DE SALUD Y
DIRECTOR GENERAL DEL ISEM
RÚBRICA

DR. CARLOS E. ARANZA DONIZ
COORDINADOR DE SALUD
RÚBRICA

DR. ÁNGEL SALINAS ARNAUT
DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD
RÚBRICA

DR. GODWIN GONZÁLEZ ESTRADA
SUBDIRECTOR DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE ENFERMEDADES
RÚBRICA

L. D. DANIELA CORTÉS ORDOÑEZ
JEFA DE LA UNIDAD DE MODERNIZACIÓN
ADMINISTRATIVA (SUPLENTE)
RÚBRICA

IX. APROBACIÓN

Con fundamento en el artículo 293, fracción IV del Reglamento de Salud del Estado de México, el Consejo Interno del Instituto de Salud del Estado de México, en sesión ordinaria número _____, aprobó el presente **“Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico, Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico”**.

FECHA DE ACUERDO	NÚMERO DE ACUERDO
24 de agosto de 2020	ISE/239/010

Guadalupe Anaya Vázquez

Directora de Administración y
Secretaria del Consejo Interno del ISEM
RÚBRICA



X. HOJA DE ACTUALIZACIÓN

El presente Catálogo de Formatos del Expediente Clínico Estomatológico, Basado en la NOM 004 SSA3-2012 del Expediente Clínico, deja sin efectos al publicado en septiembre de 2017.

XI. CRÉDITOS

Secretaría de Salud

Instituto de Salud del Estado de México

**© CATÁLOGO DE FORMATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO,
BASADO EN LA NOM-004-SSA3-2012 DEL EXPEDIENTE CLÍNICO**

Responsables de su elaboración:

C.D. Hitzel Caballero Pérez.- Jefe del Departamento de Estomatología

C.D. Irma Graciela Quiroz Velázquez.- Responsable de la oficina de Primer Nivel

C.D. Valeria Naretto Cortez.- Supervisor Médico

Responsables de su integración:

*L. D. Daniela Cortes Ordoñez.- Jefa de la Unidad de Modernización Administrativa
(Suplente)*

*L. D. Diana Rodríguez Arteaga.- Jefa del Departamento de Desarrollo Institucional
(Suplente)*

P. en D.G. Mariacelia Guadalupe Becerril Delgado.- Analista

Toluca. México

Febrero, 2020.