

**900959048
CL 9 39 46**

ARHScIxFoPdf2
Pag: 1 de 6
Fecha: 07/03/25
G.etareo: 15
*** 35323857 ***

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA
Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Étnico:**
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

SEDE DE ATENCIÓN: SU59 USS PATIOS

Edad 67 AÑOS

FOLIO 4 FECHA 27/11/2017 14:42:25 TIPO DE ATENCION AMBULATORIO

SUBJETIVO

MOTIVO DE CONSULTA

"es que creo que se me cayeron unas calzas"

ENFERMEDAD ACTUAL

paciente asiste para valoración

ANTECEDENTES

USO EXCLUSIVO SALUD ORAL

TRATAMIENTO MÉDICO/USO MEDICAMENTOS (SI)

lozartan 50 mg 2 veces al día, asa 1 diaria

HIPERTENSIÓN/CARDIOPATIAS/DIABETES (SI)

hipertensión en control hace 3 meses controlada.

TÓXICOS Y ALÉRGICOS (NO REFIERE)

no refiere

OBJETIVO

EXAMEN FISICO

. SISTEMA ESTOMATOGNATICO: -ASIMETRIAS (Sin Patología) -ATM (Sin Patología) -CADENA GANGLIONAR (Sin Patología)
 -CARRILLOS (Sin Patología) -ENCIAS (Sin Patología) -FRENILLOS (Sin Patología) -FUNCION DE OCLUSIÓN (Sin Patología)
 -GLÁNDULAS SALIVALES (Sin Patología) -HALITOSIS (Sin Patología) -LABIOS (Sin Patología) -XEROSTOMIA (Sin Patología)
 -SURCO YUGAL (Sin Patología) -SISTEMA NERVIOSO (Sin Patología) -PISO DE BOCA (Sin Patología)
 -PALADAR (Sin Patología) -OTROS (Sin Patología) -OROFARINGE (Sin Patología) -MUSCULOS MASTICATORIOS (Sin Patología)
 -LENGUA (Sin Patología) -ENCIAS (Con Patología) -FUNCION DE OCLUSIÓN existe una desarmonia oclusal por edentulismo parcial o total.(Con Patología)

ANALISIS

c:1 paq 306 23/11/2017 edna

PLAN Y MANEJO

el plan de tratamiento y estado de salud oral se explica verbal y escritamente y es aceptado y entendido mediante la firma del consentimiento informado.

se realiza evaluación odontológica, realizo control de placa, se evidencia un indice de placa por enciama del 90%,evaluacion riesgo de caries,

revisión estomatologica completa, examen intra y extraoral, paciente que requiere tratamiento de operatoria y prostodoncia

se remite a H.O se explica plan de tratamiento.

se da orden para higiene oral y prostodoncia

Evolucion realizada por: ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ-Fecha: 27/11/17 15:13:53

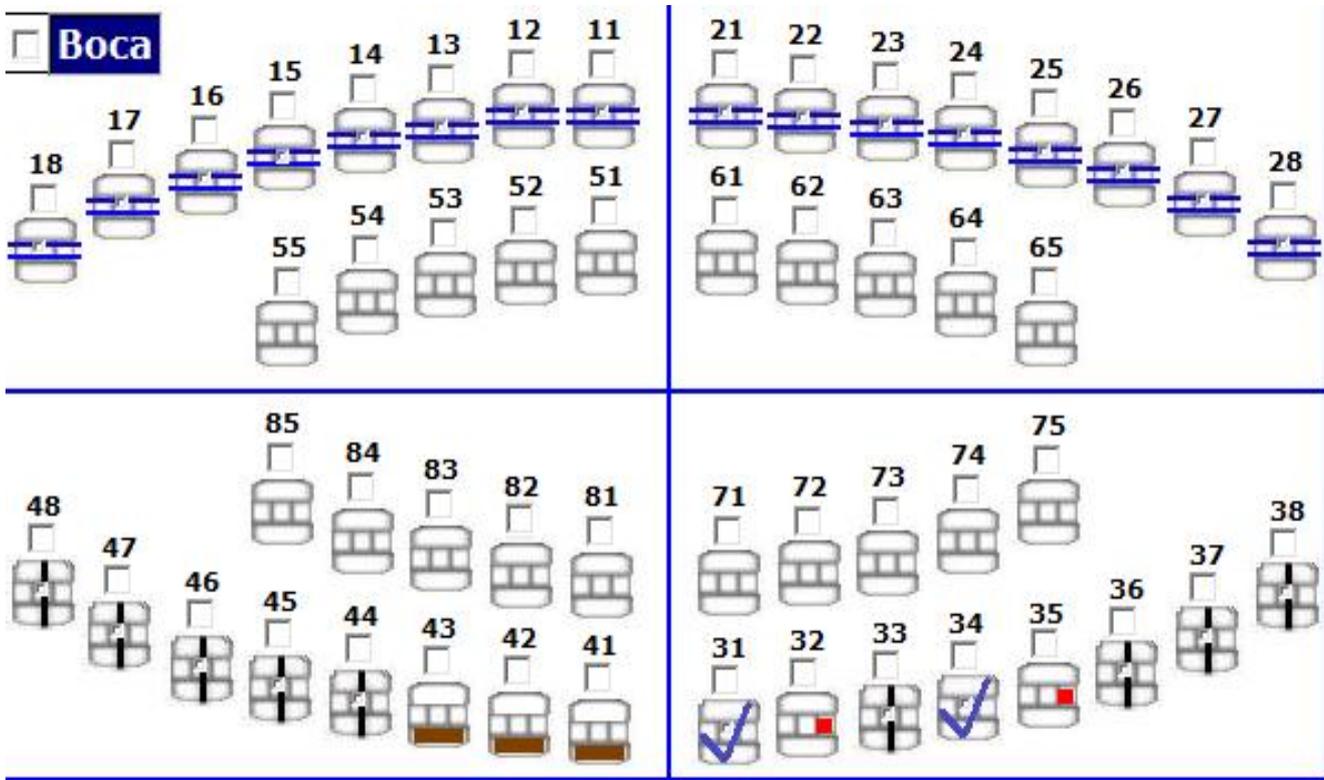
ANALISIS Y PLAN

<u>DIAGNOSTICO</u> K0215	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDARIA CAVITACIONAL	Tipo PRINCIPAL
<u>DIAGNOSTICO</u> K0212	CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD DETECTABLE	Tipo RELACIONADO
<u>DIAGNOSTICO</u> K0441	MOVILIDAD GRADO 2	Tipo RELACIONADO
<u>DIAGNOSTICO</u> K081	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDENTE EXTRACCION O ENFERM	Tipo RELACIONADO

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA

Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO **Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1
Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS **Sexo:** F **Grupo Sanguineo:** A+ **Estado Civil:** Viudo(a)
Teléfono: 2936790 **Dirección:** CL 2 87 H 12
Barrio: KENNEDY **Departamento:** BOGOTA D.C.
Municipio: BOGOTA D.C. **Ocupación:** NO APLICA
Etnia: NINGUNO **Grupo Étnico:**
Nivel Educativo: NO DEFINIDO **Atención Especial:** NO APLICA
Discapacidad: NINGUNA **Grupo Poblacional:** NO APLICA

DIAGNOSTICO Z0121 DIENTE SANO Tipo RELACIONADO
DIAGNOSTICO Z9723 PROTESIS ADAPTADA Tipo RELACIONADO



DIAGNOSTICOS

*Procedimientos Ejecutados

Diente	Zona	Diagnóstico	Procedimiento Planado
18	O	PROTESIS ADAPTADA	
17	O	PROTESIS ADAPTADA	
16	O	PROTESIS ADAPTADA	
15	O	PROTESIS ADAPTADA	
14	O	PROTESIS ADAPTADA	
13	I	PROTESIS ADAPTADA	
12	I	PROTESIS ADAPTADA	
11	I	PROTESIS ADAPTADA	

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA

Empresa: CAPITAL SALUD -AMBULATORIO

Afiliado: SUBSIDIADO NIVEL 1

Fec. Nacimiento: 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS

Sexo: F

Grupo Sanguineo: A+

Estado Civil: Viudo(a)

Teléfono: 2936790

Dirección: CL 2 87 H 12

Barrio: KENNEDY

Departamento: BOGOTA D.C.

Municipio: BOGOTA D.C.

Ocupación: NO APLICA

Etnia: NINGUNO

Grupo Étnico:

Nivel Educativo: NO DEFINIDO

Atención Especial: NO APLICA

Discapacidad: NINGUNA

Grupo Poblacional: NO APLICA

28	O	PROTESIS ADAPTADA	
27	O	PROTESIS ADAPTADA	
26	O	PROTESIS ADAPTADA	
25	O	PROTESIS ADAPTADA	
24	O	PROTESIS ADAPTADA	
23	I	PROTESIS ADAPTADA	
22	I	PROTESIS ADAPTADA	
21	I	PROTESIS ADAPTADA	
41	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA CAVITACIONAL	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
42	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA CAVITACIONAL	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
43	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA	OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO
43	V	CARIES DE LA DENTINA CARIES SECUNDA CAVITACIONAL	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL
44	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
45	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
46	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
47	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
48	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
38	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL	
37	O	PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN	

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Étnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA**XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL**

36 O PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN

XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL

35 D CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO

ETECTABLE CARIES CAVIDAD EXTENSA

34 O DIENTE SANO

33 I PERDIDA DE DIENTES DEBIDA A ACCIDEN

XTRACCION O ENFERMEDAD PERIODONTAL LOCAL

32 D CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD OBTURACION DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO

32 D CARIES DE LA DENTINA CARIES CAVIDAD CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ODONTOLOGIA GENERAL

ETECTABLE CARIES CAVIDAD EXTENSA

31 L MOVILIDAD GRADO 2

31 I DIENTE SANO

INTERCONSULTAS

INTERCONSULTA POR: HIGIENE ORAL

Fecha de Orden: 27/11/2017

OBSERVACIONES

paciente necesita detartraje de 4 cuadrantes

RESULTADOS :

INTERCONSULTA POR: PROSTODONCIA

Fecha de Orden: 27/11/2017

OBSERVACIONES

paciente necesita cambio de protesis superior por que desadaptacion y mal estado del acrilico, 30 años de uso y presenta estomatitis subprotésica

RESULTADOS :**FORMATOS****VALORACIÓN DE RIESGO DE CARIES DENTAL Y PRONOSTICO****Índice visible de placa bacteriana (Silness & Loe modificado)**

Higiene Oral Buena (0-15%) X.. Higiene Oral Regular (16-30%) Higiene Oral Deficiente (31-100%)

Riesgo Presente / Ausente A..

Retencion de Placa Bacteriana

Factores sistémicos X.. Factores Locales Factores Sistémicos y Locales

Riesgo Presente / Ausente P..

Experiencia de Caries

presenta lesiones cavitacionales SI

Riesgo Presente / Ausente P..

Usa crema dental Fluorada:

. SI Frecuencia MAYOR O IGUAL 2 VECES DIA

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Étnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

Riesgo Presente / Ausente A..

Acceso a servicio odontológico en el último año

. SI

Motivo de consulta Regular X.. Urgencias

Riesgo Presente / Ausente A

Frecuencia diaria consumo de comidas/ bebidas

< 5 veces día X.. > de 7 veces día

Riesgo Presente /Ausente A..

Ingesta diaria de carbohidratos

< de 2 veces /día X.. > de 2 veces /día

Riesgo Presente / Ausente A..

RIESGO DE CARIES

. ALTO

PRONOSTICO

favorable Reservado X.. Desfavorable

OBSERVACIONES**RIESGOS ODONTOLOGIA****RIESGOS DE SEGURIDAD**

Caidas SI

Ulceras por Presión SI

Comunicación Inadecuada SI

Fuga SI

Identificación inadecuada SI

Flebitis SI

Interacción Medicamentosa SI

Otro Gestión/ Intervención

RIESGOS EN P Y D

No detección de hallazgos de Cancer SI

Evento no deseado en el bienestar materno / fetal NO

Embarazo no Deseado NO

Infección de Transmisión Sexual NO

No detección de Problemas de Nutrición NO

No detección de enfermedades Cardiovasculares NO

No detección de Enfermedad Dental SI

Otro Gestión /Intervención

RIESGOS CLINICOS

Fractura Dental

fractura de Elementos Odontológicos SI

Ingesta de Material o elementos Odontológicos SI

Compromiso Pulpar SI

Perdida dental SI

Otro

Gestión / Intervención

PRESENTA RIESGO PSICOSOCIAL?

. DESCRIBA

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS**IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS**

HISTORIA CLINICA No. CC 35323857 -- LUZ STELLA TIBABUSO SONSA**Empresa:** CAPITAL SALUD -AMBULATORIO**Afiliado:** SUBSIDIADO NIVEL 1**Fec. Nacimiento:** 18/03/1957 **Edad actual:** 67 AÑOS**Sexo:** F**Grupo Sanguineo:** A+**Estado Civil:** Viudo(a)**Teléfono:** 2936790**Dirección:** CL 2 87 H 12**Barrio:** KENNEDY**Departamento:** BOGOTA D.C.**Municipio:** BOGOTA D.C.**Ocupación:** NO APLICA**Etnia:** NINGUNO**Grupo Étnico:****Nivel Educativo:** NO DEFINIDO**Atención Especial:** NO APLICA**Discapacidad:** NINGUNA**Grupo Poblacional:** NO APLICA

CONOCE LOS RIESGOS Y/O COMPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD? SI
 CONOCE LOS ALIMENTOS QUE PUEDE O NO CONSUMIR? SI
 SABE SI PUEDE O NO REALIZAR ACTIVIDAD FISICA? SI
 CONOCE SIGNOS DE ALARMA PARA ACUDIR A URGENCIAS? SI
 PRACTICA MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA CONSERVAR SU SALUD? SI
 SABE COMO LLEVAR UNA SEXUALIDAD RESPONSABLE? NO
 CONSUME LICOR O FUMA ? SI
 CONOCE LOS EFECTOS ADVERSOS DE SUS MEDICAMENTOS? SI
 LECTURA DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE necesita mejorar los habitos de higiene oral
 ACTIVIDAD EDUCATIVA / RECOMENDACIONES
 se le explica que debe retirarse la protesis todas las noches, lavarse la mucos oral con gasa y enjuague antisepti
 co


ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ

Reg. 103660699

ODONTOLOGIA GENERAL

SEDE DE ATENCIÓN: SU59 USS PATIOS**Edad** 67 AÑOS**FOLIO** 5 **FECHA** 27/11/2017 15:40:52 **TIPO DE ATENCION** AMBULATORIO**ORDENES DE PROCEDIMIENTOS NO QX**

Cantidad	Descripción
1	CONTROL DE PLACA DENTAL

Fecha y Hora de Aplicación: 27/11/2017 15:41:19

Resultados:

no se hace control de placa paciente edentulo

Conclusiones:

el plan de tratamiento y estado de salud oral se explica verbal y escritamente y es aceptado y entendido mediante la firma del consentimiento informado.

se realiza evaluación odontológica,

revisión estomatologica completa, examen intra y extraoral, paciente que requiere tratamiento de

se remite a H.O se explica plan de tratamiento.

Realizado Por: 1036606999 ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ


ISABEL CRISTINA SILVA GOMEZ

Reg. 103660699

ODONTOLOGIA GENERAL