



### HISTORIA CLINICA - ANEXO: ODONTOGERIATRIA

<b>A- Datos Personales</b>							
Nombre y Apellido:.....							H.C.I. N°.....
Ingresos económicos	J.N.	J.P	P.N.	P,P	P,NO C.P.	P.NO.CN.	OTROS
Lugar de Origen: .....							
Lugar de Residencia:							
Ambito de residencia:	Casas de familia	Geriátrico privado	Hogar de ancianos estatal		Hospital		
Estado Civil; Si fuese viudo o separado indique fechas respectivas:.....							
Ocupación Actual.....							
Ocupación anterior .....							
¿Como es su relación con su familia?: buena-regular-mala-no tiene relación							
¿Con quién vive?.....							
Datos de personas allegadas/familiar/persona legalmente autorizada ..... .....							
<b>B- Motivo de Consulta</b> .....							
<b>C- Antecedentes Personales clínicos y heredo-familiares</b>							
1- Generales:	-¿Toma bebidas alcohólicas? ..... ¿desde cuando?..... ¿Cuánto toma por día?.....						
2- Infecciosos	-Tuberculosis						
3- Respiratorios	-EPOC -Neoplasias						
4- Cardiovasculares	-Infarto agudo de miocardio						
5- Gastrointestinales	-colon irritable -divertículos						
6- Vías urinarias	-Diálisis -Infecciones urinarias a repetición						
7- Gineco-obstétricas	-Edad de la menopausia -Alteraciones en mamas						
8- Neurológicas	-Temblores -Mareos - vértigo-Parkinson- Movimientos involuntarios de boca						
9- Observaciones Generales:..... .....							
<b>D- Medicación ( incluir automedicación)</b>	DOSIS DIARIA	<b>D- MEDICACION ( incluir automedicación)</b>				DOSIS DIARIA	
<b>E- Antecedentes Psicológicos</b>							



-Hospitalizaciones: motivos.....  
-Ingreso a Geriátricos-Instituciones de larga estancia:.....  
-Pérdida de cónyuge-familiares-amigos:.....  
-Cambio de roles (dejó de trabajar-cambio en ingresos económicos)  
-Otros:.....

**F- Antecedentes Odontológicos:**  
Si es desdentado completo indique desde cuando:.....  
Si usa prótesis dental indique tipo y fecha de uso:.....  
Si usa prótesis dental indique técnica o forma de higiene de las mismas que emplea:.....  
¿Tiene dificultades para realizar por sí mismo la higiene bucal y/o de las prótesis?:.....Si.....No.....

**G- Autopercepción de salud general Buena -----Regular-----Mala-----**

**H- Autopercepción de salud bucal Buena -----Regular-----Mala-----**

<b>I-Estado Funcional</b>	<u>Alimentación</u>	<u>Uso del baño</u>	<u>Higiene personal</u>	<u>Vestimenta</u>	<u>Manejo de dinero</u>
		solo/ con ayuda	solo/ con ayuda	solo/ con ayuda	solo/ con ayuda

**J- Estado Nutricional**  
**Mini Tamizaje de Nutrición en la Comunidad- Adultos Mayores ( Cuestionario de la Nutrition Screening Initiative)**  
**Nutrición**  
¿Tiene enfermedades o condiciones que le hicieron cambiar el tipo o cantidad de la alimentación?.....(tache lo que no corresponda).....si.....no.....(2)  
¿Come menos de dos comidas por día en promedio?.....si.....no.....(3)  
¿Come pocos vegetales, frutas o lácteos?.....si.....no.....(2)  
¿Bebe tres o más vasos de cerveza, licor o vino por día?.....si.....no.....(2)  
¿Tiene problemas dentales o bucales que dificultan la alimentación diaria?..si.....no....(2)  
¿No siempre tiene suficiente cantidad de dinero para los alimentos que necesita?.si...no...(4)  
¿Come solo?.....si.....no.....(1)  
¿Toma tres o más medicamentos, recetados o no, por día?.....si.....no.....(1)  
¿Sin desearlo, perdió o aumentó más de 5 kg. en los últimos seis meses?..si.....no.....(2)  
¿No siempre tiene capacidad física para realizar las compras, cocinar o alimentarse por sus propios medios?.....si.....no.....(2)



A las preguntas afirmativas se les asignará el puntaje de la derecha, el que se sumará.

(0 - 2 ) Volver a controlar en 6 meses.

(3 - 5) Riesgo de desnutrición moderado. Mejorar hábitos alimentiy estilo de vida. Volver a controlar en 3 meses.

(6 ó más) Riesgo de desnutrición alto. Derivarlo al médico.

**K- Estado Mental**

Excelente -Bueno-Moderado deterioro-Severo Deterioro

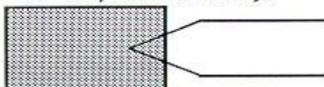


**MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN**

Paciente ..... Edad : .....  
Teléfono : ..... Fecha : ...../...../..... Dx presuntivo : .....

ORIENTACION	1. TIEMPO	Máx.5. ....
	Día	
	Mes	
	Año	
	Día de la semana	
	2. ESPACIO	Máx.5. ....
	Piso/Dpto	
	Hospital	
	Barrio	
	Ciudad	
MEMORIA	3. RECORDAR EL NOMBRE DE 3 OBJETOS	Máx.3. ....
	Repetir 6 veces la prueba si es necesario	
ATENCION Y CALCULO	4. CONTAR HACIA ATRÁS	Máx.5. ....
	de 7 en 7, a partir de 100	
	93....	
	86....	
	79....	
MEMORIA DIFERIDA	5. RECORDAR LOS OBJETOS DEL PUNTO TRES	Máx.3. ....
	Papel .....	
	Bicicleta....	
LENGUAJE	6. DENOMINACION	Máx.2. ....
	Reloj	
	Lápiz	
	7. REPETICION DE LA FRASE	Máx.1. ....
	"Ni sí, ni no, ni pero"	
	8. COMPRENSION VERBAL	Máx.3. ....
	Agarre este papel con la mano derecha .....	
	Dóblelo por la mitad .....	
	9. LECTURA-COMPRENSION	Máx.1. ....
	"Cierre los ojos"	
	10. ESCRITURA	Máx.1. ....
	Una frase con verbo, sujeto y predicado	
	DIBUJO	
	11. COPIA	Máx.1. ....
<b>Puntaje total:</b>		.....

11 - Copia de un dibujo



**ESCALA DE EVALUACION**

21 a 30 puntos = Normal

Menos de 21 puntos = Deterioro



**Índice de Salud Oral Geriátrico o GOHAI (versión en español recibida de la Dra. Kathryn Atchison y utilizada en investigaciones en población de habla hispana).**

¿ Con qué frecuencia los últimos 3 meses?	S	A/M	A / V	R/V	N
<b>FUNCION FISICA</b>					
1. ¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
2. ¿Pudo tragar cómodamente?	1	2	3	4	5
3. ¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?	1	2	3	4	5
4. ¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias?	1	2	3	4	5
<b>FUNCION PSICOSOCIAL</b>					
5. ¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
6. ¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
7. ¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
8. ¿Se sintió nervioso o conciente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
9. ¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	1	2	3	4	5
10. ¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticas?	1	2	3	4	5
<b>FUNCION DOLOR</b>					
11. ¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	1	2	3	4	5
12. ¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	1	2	3	4	5

Referencias:

S	A/M	A/V	R/V	N
<b>Siempre</b>	<b>A menudo</b>	<b>A veces</b>	<b>Rara vez</b>	<b>Nunca</b>

Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems siempre=5; a menudo=4; algunas veces=3; rara vez=2; nunca=1), conversión que se realiza al momento del análisis.



**Índice de O'Leary:**

1º Control\_ Fecha ..... 2º Control -----Fecha: -----

XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Porcentaje:

Porcentaje:

**Exámen Extraoral:** ( Cabeza, cuello)

.....  
.....  
.....  
.....

**Exámen Intraoral:**

Exámen de tejidos blandos

Labio Sup	N	A	Lengua	N	A	Carrillos	N	A
Labio Inf	N	A	Piso de Boca	N	A	Paladar	N	A

Observaciones:

.....  
.....

-----  
**Firma docente a cargo**