



HISTORIA CLÍNICA - ENDODONCIA 2.

Fecha.....

Operador.....Docente.....

Nombre y Apellido del Paciente.....

Domicilio.....TL.....

Edad.....Sexo.....

Pieza Dentaria.....

Anamnesis Remota (Datos de interés).....

DATOS ACTUALES REFERIDOS AL DOLOR:

DOLOR PROVOCADO

ESTIMULO	SI	NO
FRIO		
CALOR		
DULCE		
ACIDO		
CONTACTO ANTAG.		

DESAPARECE	SI	NO

DOLOR ESPONTÁNEO

TIPO	SI	NO
LOCALIZADO		
DIURNO		
NOCTURNO		

INTENSIDAD	SI	NO
AGUDO		
SORDO		
PULSATIL		

DURACIÓN	SI	NO
PERSISTENTE		
FUGAZ		

EXAMEN CLÍNICO

1. INSPECCIÓN

TEJIDOS DUROS: Caries..... Fractura..... Abrasión..... Otro.....

Cambio de coloración de la corona.....(Color).....

TEJIDOS BLANDOS: Fístula..... Pólipo..... Edema.....

Enf. Periodontal.....Mov. Dentaria.....Trauma Oclusal.....

2. EXPLORACIÓN

Cámara pulpar: Abierta..... Cerrada.....

ESTÍMULO	RESPUESTA		PERSISTENCIA DEL DOLOR	
	+	-	SI	NO
FRIO				
CALOR				
PERCUSIÓN				
PRUEBA DE LA CAVIDAD				

Canalización del trayecto fistuloso.....

EXAMEN RADIOGRAFICO

Cámara Pulpar: Amplia.....Atrésica.....Nódulos.....

Conductos Radiculares:

Amplio.....Atrésico....Recto.....Curvo.....

Amplio.....Atrésico....Recto.....Curvo.....

Amplio.....Atrésico....Recto.....Curvo.....

Periodonto: Normal.....Ensanchado.....

Patología: Apical.....Lateral.....Reabsorción..... Otro.....

DIAGNÓSTICO.....

Yo....., expreso consentimiento para que el alumno.....

Realice en mi persona, dentro de los límites otorgados a su carrera profesional, el diagnóstico y tratamiento de Endodoncia que él, bien entendiera suficiente dentro de sus conocimientos. He sido informado convenientemente en forma detallada y suficiente, comprendiendo en su totalidad sobre el tipo de tratamiento e efectuarse en mi persona, la posibilidad de riesgos y complicaciones que eventualmente se pudieran presentar, habiéndome explicado detalladamente las posibles alternativas de tratamiento y aceptando en su totalidad por mí parte la propuesta ofrecida.

También tengo conocimiento que en esta cátedra sólo se me realizará el tratamiento de conductos radiculares, quedando la restauración definitiva posterior sobre el diente a mi cargo.

Fecha

Firma del paciente o Tutor

Aclaración

N° Documento

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

Preparación de Accesos:

CONDUCTO	LONGITUD DE TRABAJO		REFERENCIA
	RX	Electrónica	

OBSERVACIONES:

AUTORIZACIÓN JTP...../...../.....

EVALUACIÓN.....