




**Tlaxiaco**



**DIF**  
MUNICIPAL  
**TLAXIACO**  
20231024

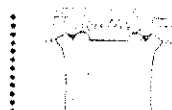
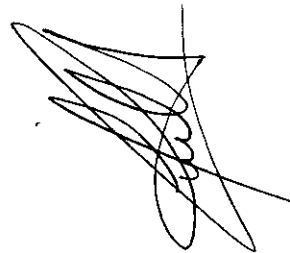
# MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL ÁREA DE ODONTOLOGÍA


A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, located in the lower right quadrant of the page.



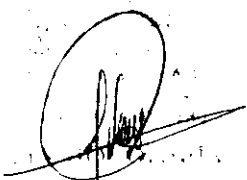
|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

## TRÁMITES:

- Profilaxis dental.
- Restauración con amalgama.
- Restauración con resina compuesta.
- Restauración temporal curativa.
- Extracciones dentales.




|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

|  |  |
|--|--|
| Revisó:<br>Área: 36C<br>Nombre y firma: <br> <b>DIRECCION<br/>DIF MUNICIPAL</b><br><small>MUNICIPIO PROSPERO</small><br>Licda. Judith Mariano Aguilar<br>Directora del DIF Municipal | Aprobó:<br>Área: 36C<br>Nombre y firma: <br>Profesora Angélica Vásquez Rodríguez<br>Presidenta Honoraria del DIF Municipal |
|--|--|

## ÍNDICE:

|                              |    |
|------------------------------|----|
| 1.- Objetivo: .....          | 4  |
| 2.- Alcance: .....           | 4  |
| 3.- Referencias: .....       | 4  |
| 4.- Responsabilidades .....  | 5  |
| 5.- Definiciones: .....      | 5  |
| 6.- Diagrama de flujo: ..... | 7  |
| 7.- Desarrollo: .....        | 13 |
| 8.- Anexos: .....            | 20 |



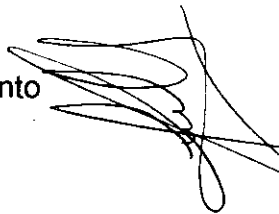
|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

## 1.- Objetivo:

Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, trastornos dentales y bucales, realizando procedimientos de rutina y de emergencia a fines de mejorar la salud bucal de los pacientes mediante valoración en consultorio.

## 2.- Alcance:

Brinda información de cuerdo a la patología que presenta, y aplica el tratamiento adecuado a toda la ciudadanía en general que lo solicite.



### Distribución


|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1C  | 2C  | 3C  | 4C  | 5C  | 6C  | 7C  | 8C  | 9C  | 10C | 11C | 12C | 13C | 14C | 15C | 16C |
|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 17C | 18C | 19C | 20C | 21C | 22C | 23C | 24C | 25C | 26C | 27C | 28C | 29C | 30C | 30C | 31C |
|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| 32C | 33C | 34C | 35C | 36C | 37C | 38C | 39C | 40C | 41C | 42C | 43C | 44C | 45C | 46C |     |
|     |     |     |     | ●   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

- Responsable de la emisión
- Responsable de la ejecución

## 3.- Referencias:

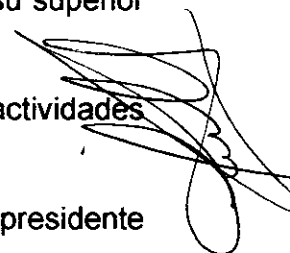
1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
2. Ley General de Salud.
3. NOM-024-SSA3-2012
4. NOM-013-SSA2-2015
5. NOM-087-ECOL-1995



|   |   |  |
|---|---|--|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001<br>Revisión: N                 |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

#### 4.- Responsabilidades:

- Tratar y diagnosticar problemas de la cavidad bucal tanto de dientes como de tejido blando, y de ser necesario aplicar tratamientos como: profilaxis dental, obturaciones con resina, obturaciones con amalgama, curaciones y extracciones.
- Impartir pláticas de salud bucal en diferentes espacios y plataformas de forma presencial y/o digital.
- Realiza reportes mensuales de avance de actividades y proyectos a su superior inmediato.
- Realizar un plan operativo anual que facilite el buen desempeño de las actividades encomendadas.
- Las demás actividades que le encomiende el H. Ayuntamiento, presidente municipal, y otras disposiciones legales y reglamentarias.
- Desempeñar las comisiones que le hayan sido encomendadas, rindiendo informes de las mismas como de proyectos a sus superiores.




#### 5.- Definiciones:

**Actividad:** Conjunto de acciones que se llevan a cabo para cumplir las metas de un programa o subprograma de operación, que consiste en la ejecución de ciertos procesos o tareas mediante la utilización de los recursos humanos, materiales, financieros y técnicos, asignados a la actividad con un costo determinado.

**Anestesia por Infiltración:** Pérdida temporal y reversible de las sensaciones de tacto y dolor producida por un anestésico. La infiltración local es la administración de un anestésico local en o alrededor de la zona donde se pretende intervenir.

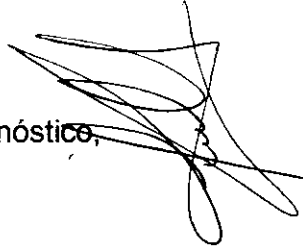


|   |   |  |
|---|---|--|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001<br>Revisión: N                 |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

**Datos personales:** Cualquier información concerniente a una persona física o jurídica colectiva identificado o identificable, establecida en cualquier formato o modalidad y que esté almacenada en base de datos, conforme a lo establecido en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno del Estado de Oaxaca.

**Manuales de procedimiento:** Es un documento de gestión que describe en forma pormenorizada y secuencial las operaciones que se sigue en la ejecución de los procedimientos de cada área.

**Odontología:** Es una de las ciencias de la salud que se encarga del diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de los dientes.



**Pago de servicio:** Es el acto de entregar una cantidad de dinero para saldar un servicio.

**Trámite:** Se define como cualquier solicitud o entrega de información que las personas físicas o morales del sector privado hacen ante una dependencia u organismo descentralizado, ya sea para cumplir una obligación, obtener un beneficio o servicio o, en general, a fin de que se emita una resolución, así como cualquier documento que dichas personas estén obligadas a conservar.

**Servicio:** Un servicio, en el ámbito económico, es la acción o conjunto de actividades destinadas a satisfacer una determinada necesidad, brindando un producto inmaterial y personalizado.

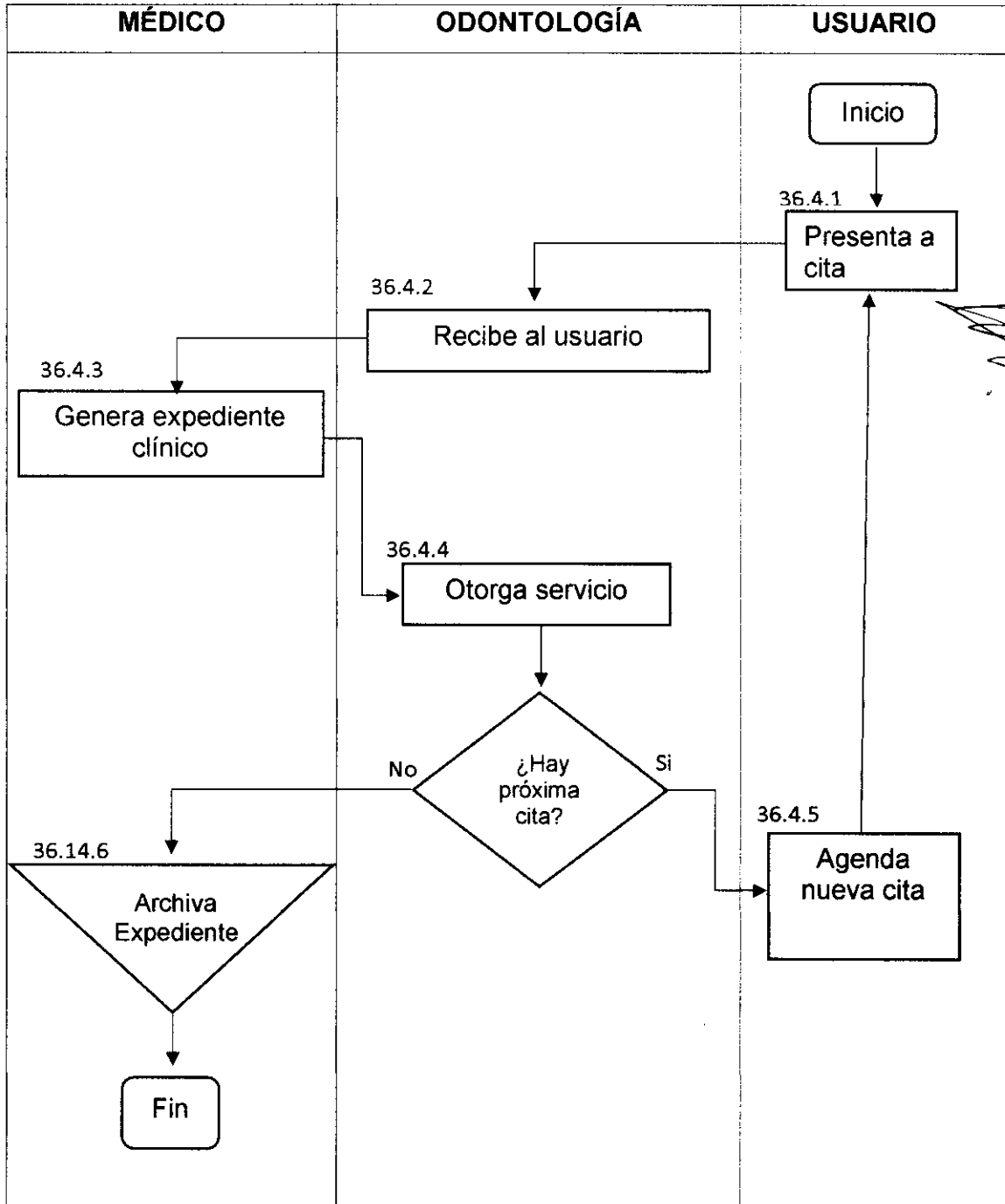
**Usuario:** Persona que utiliza un servicio ya sea de manera ocasional o habitual para obtener un beneficio o para resolver un problema.



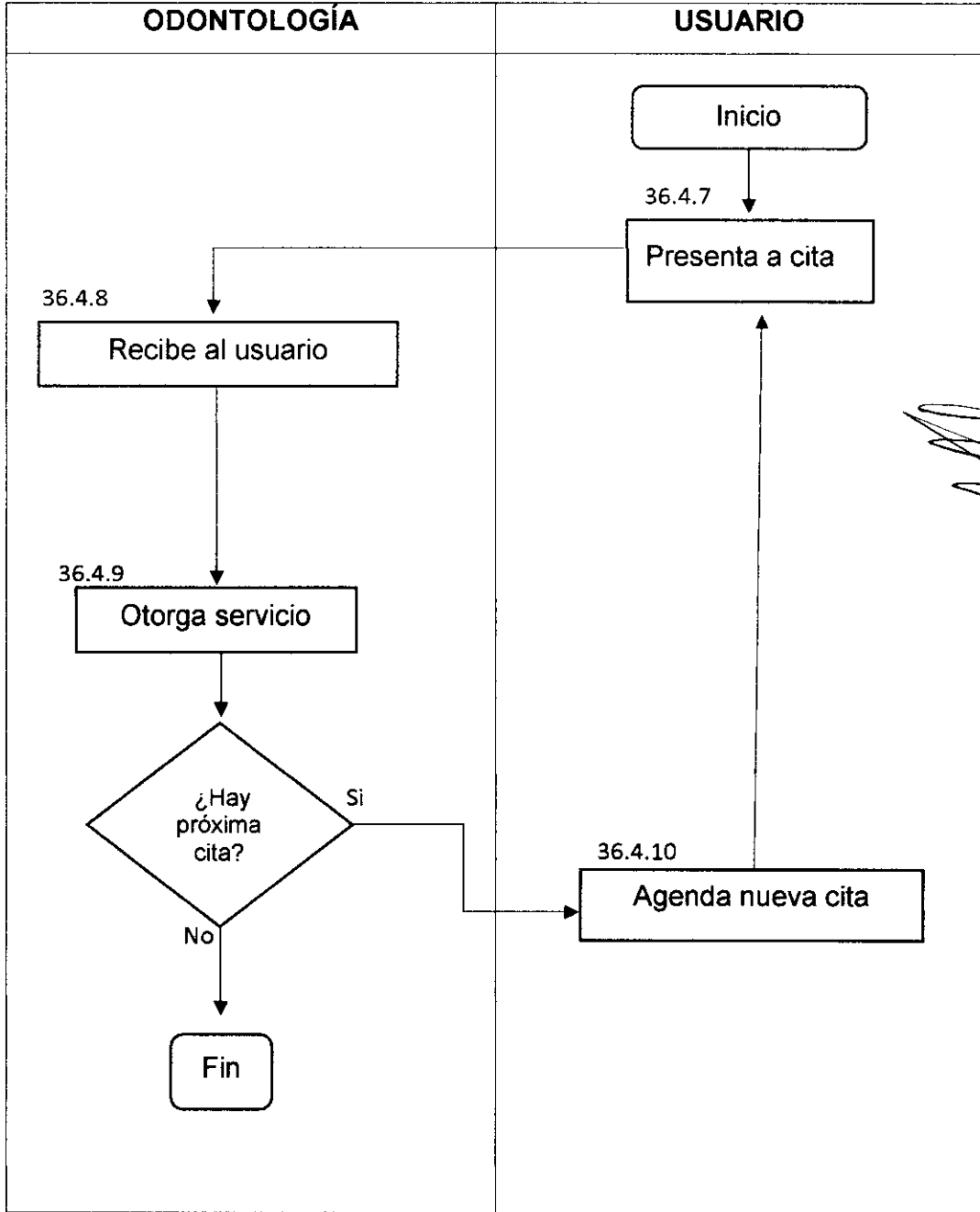


### 6.- Diagrama de flujo:

Diagrama de flujo 1: Consulta dental por primera vez.



**Diagrama de flujo 2: Profilaxis dental.**








**Tlaxiaco**

Manual de procedimientos

Título: Servicios del Área de Odontología

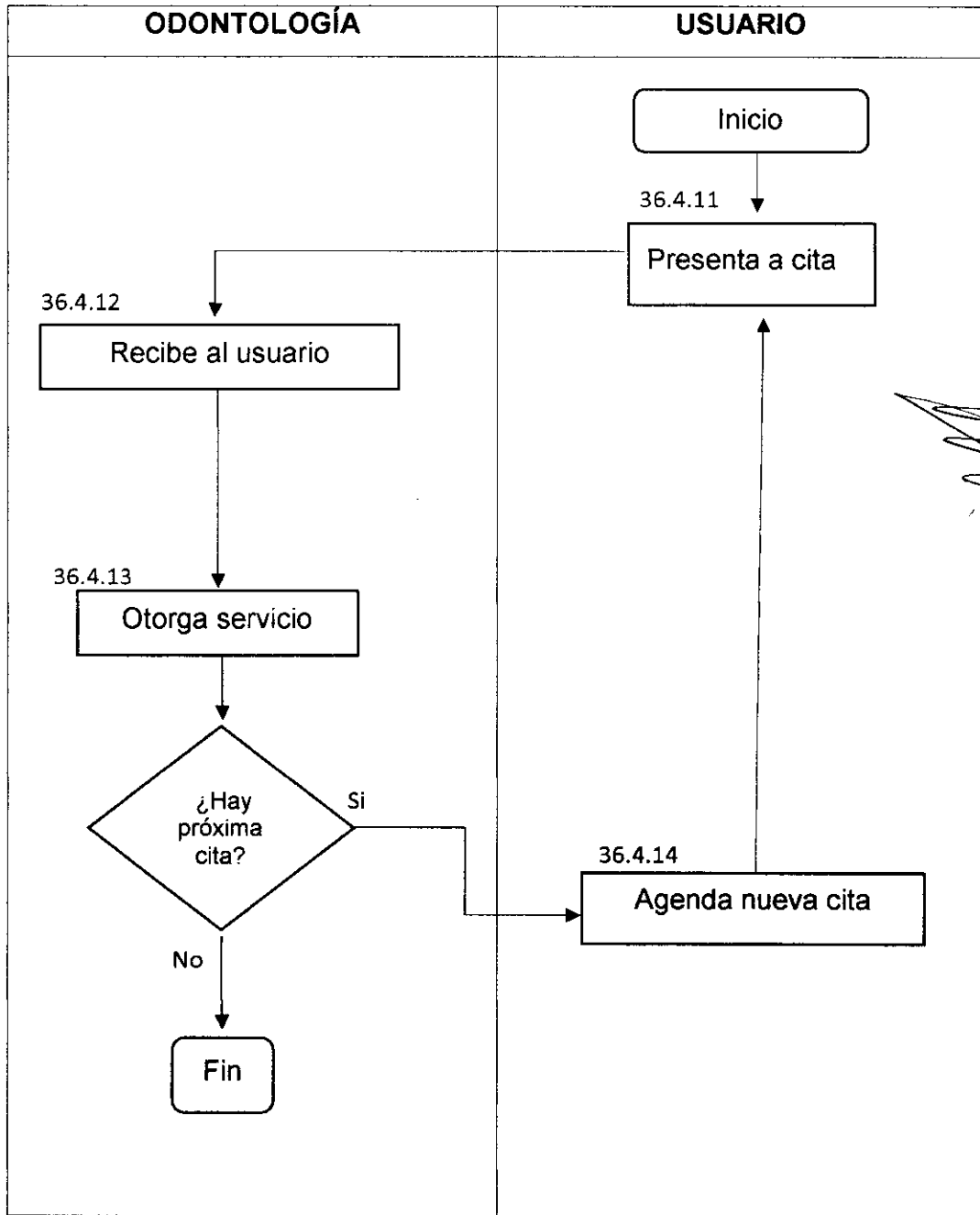
Clave: 36C.4-PC-001

Revisión: N

Fecha: 12-agosto-2024

Próxima revisión: Dic.-24

**Diagrama de flujo 3: Restauración con amalgama.**





**Tlaxiaco**

Manual de procedimientos

Título: Servicios del Área de Odontología

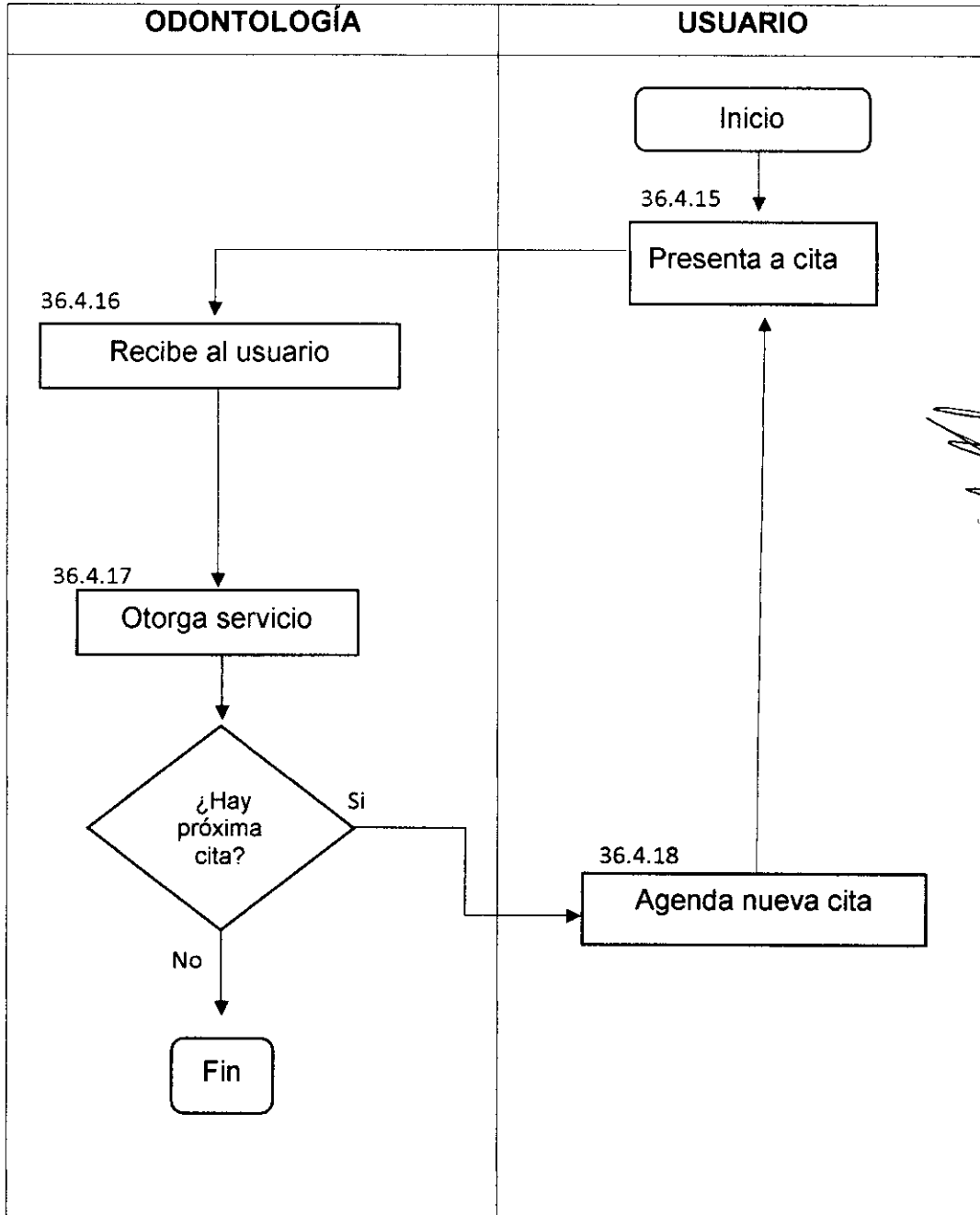
Clave: 36C.4-PC-001

Revisión: N

Fecha: 12-agosto-2024

Próxima revisión: Dic.-24

**Diagrama de flujo 4: Restauración con resina compuesta.**





**Tlaxiaco**

Manual de procedimientos

Título: Servicios del Área de Odontología

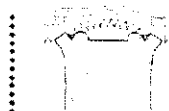
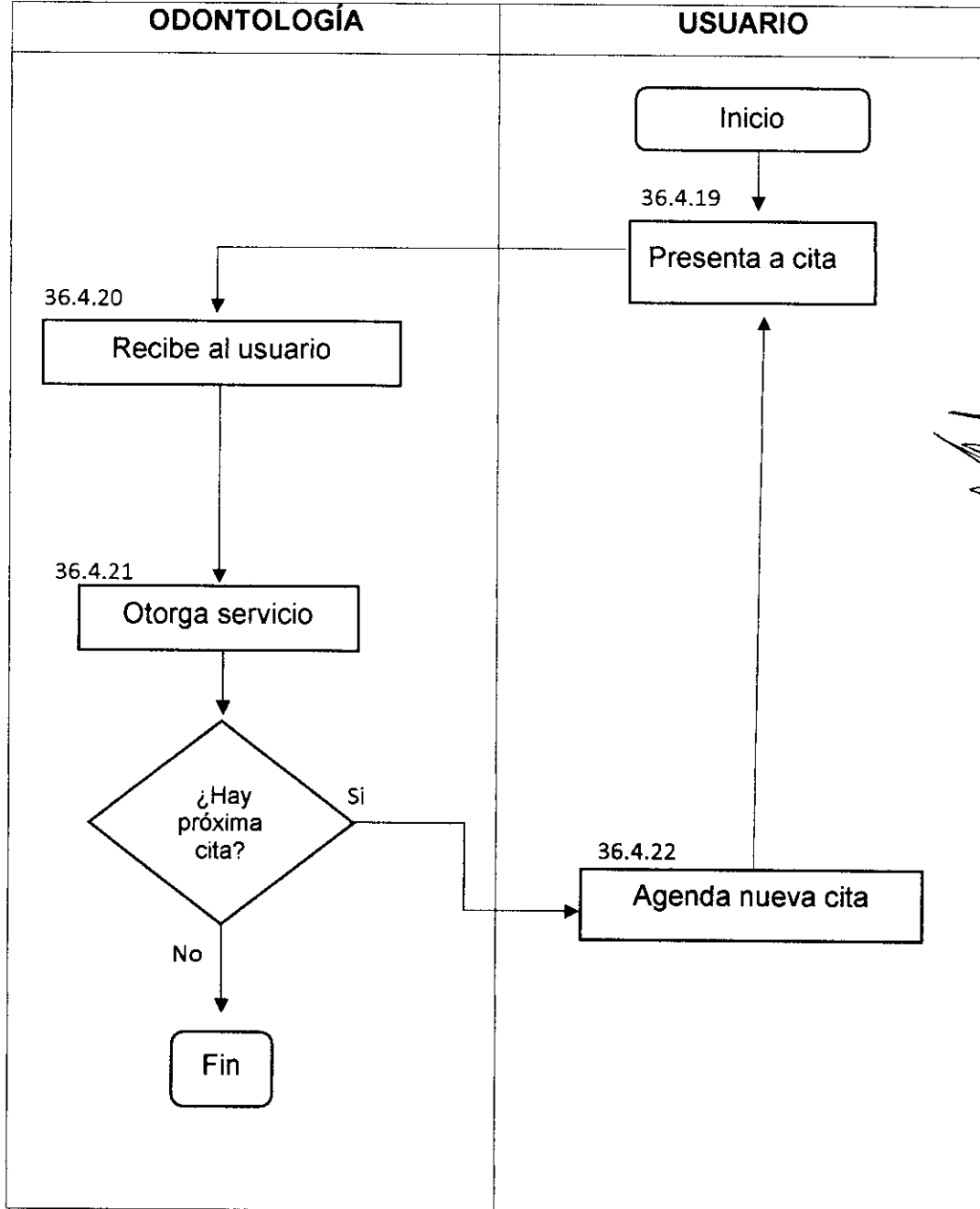
Clave: 36C.4-PC-001

Revisión: N

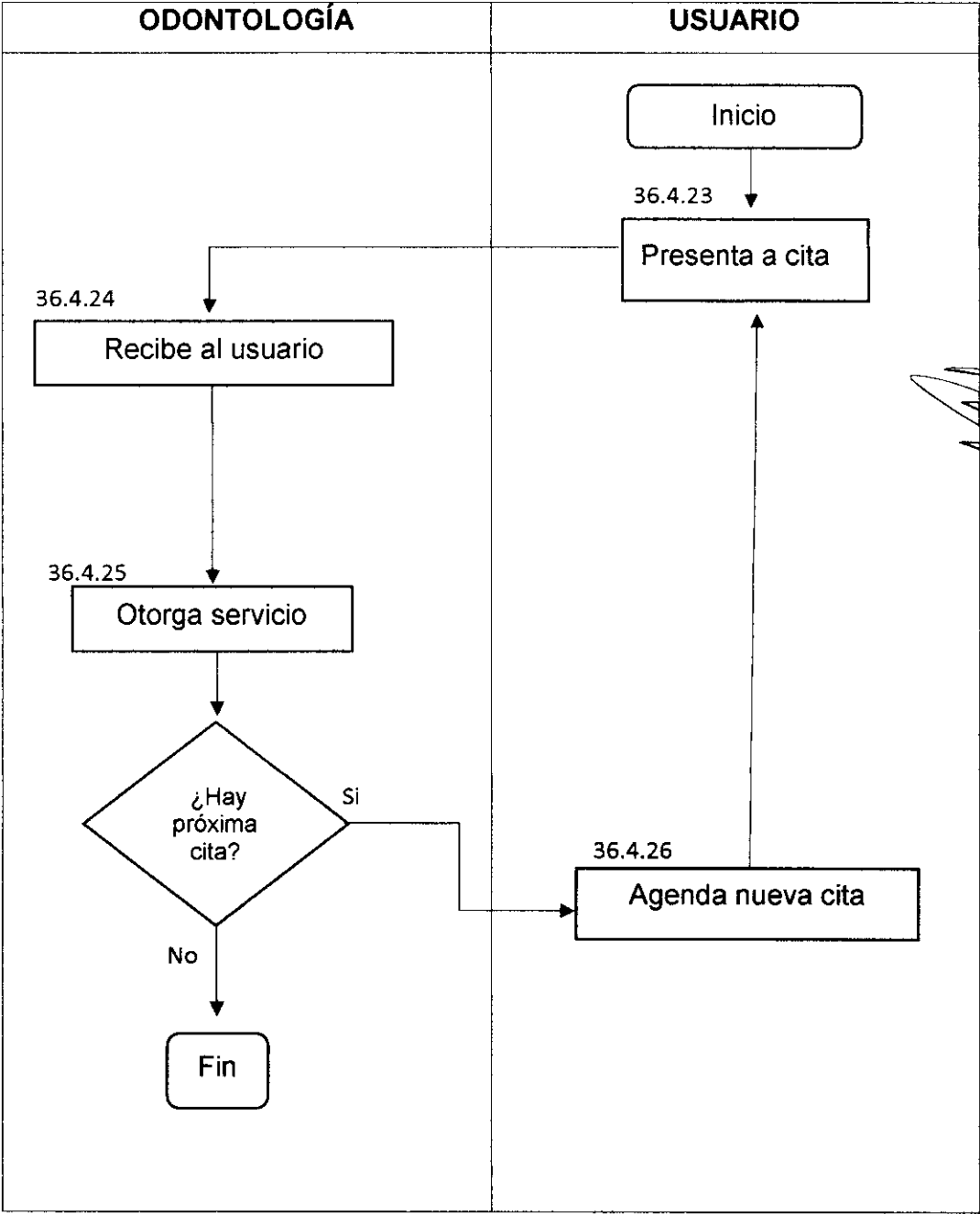
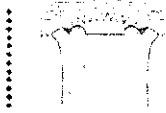
Fecha: 12-agosto-2024

Próxima revisión: Dic.-24

**Diagrama de flujo 5: Restauración temporal curativa.**

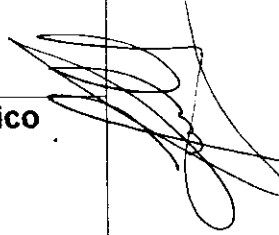


**Diagrama de flujo 6: Restauración temporal curativa.**

## 7.- Desarrollo:


| Secuencia de actividad | Actividad   | Responsable |
|------------------------|---|-------------|
| 36.4.1                 | <b>Presenta a cita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se presenta a su cita.</li> </ul>   | Usuario     |
| 36.4.2                 | <b>Recibe al usuario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al usuario el motivo de su asistencia.</li> <li>Canaliza al área médica para apertura de expediente.</li> </ul>  | Odontólogo  |
| 36.4.3                 | <b>Genera expediente clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interroga al usuario sobre su historia clínica.</li> <li>Solicita documentación del usuario las cuales son: <b>Mayores de 18 años.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Copia de CURP</li> <li>✓ Copia de INE</li> <li>✓ Comprobante de domicilio</li> <li>✓ Dos fotografías tamaño infantil</li> </ul> </li> <li><b>En caso de niños, niñas y adolescentes los documentos son:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Copia del acta de nacimiento</li> <li>✓ Copia de CURP</li> <li>✓ Copia del INE del tutor</li> </ul> </li> <li>Abre expediente clínico.</li> <li>Toma signos vitales del usuario con los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Peso</li> <li>✓ Talla</li> <li>✓ Frecuencia cardiaca</li> <li>✓ Presión arterial</li> <li>✓ Frecuencia respiratoria</li> <li>✓ Temperatura</li> </ul> </li> <li>Canaliza al paciente al área de odontología.</li> </ul> | Médico      |



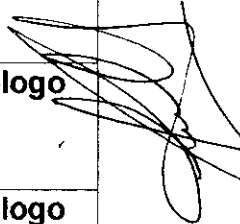



|        |  |            |
|--------|--|------------|
|        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envía expediente del usuario al área de odontología.</li> <li>• Informa al área de odontología que el usuario está en condiciones de recibir tratamiento.</li> </ul>  |            |
| 36.4.4 | <p><b>Otorga servicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el usuario es de primera vez, realiza su historia clínica dental y consentimiento informado. <b>Anexo 1.1 y 1.2. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.</b></li> <li>• Realiza exploración intraoral clínica general enfocándose en lo expresando en el motivo de consulta.</li> <li>• Realiza diagnóstico dental de acuerdo a lo observado en el examen intraoral y da a conocer al usuario su diagnóstico.</li> <li>• Ofrece los tratamientos posibles y realizados dentro del catálogo del DIF municipal:<br/> <b>Extracciones</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Limpiezas dentales</li> <li>✓ Obturaciones con resina</li> <li>✓ Obturaciones con amalgama</li> <li>✓ Curaciones dentales</li> <li>✓ Aplicaciones de flúor</li> </ul> </li> <li>• Aplica tratamiento de acuerdo a la patología y elección del paciente dentro del catálogo de atenciones del DIF.</li> <li>• En caso de ser necesario indica al usuario sobre una cita de seguimiento al tratamiento realizado.</li> <li>• Realiza nota odontológica. <b>Anexo 1.3. Nota Odontológica.</b></li> <li>• Indica recomendaciones y cuidados posoperatorias al usuario.</li> <li>• Si requiere seguimiento señala fecha y hora al usuario.</li> <li>• Si no requiere seguimiento finaliza el servicio.</li> </ul> | Odontólogo |



|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

|         |  |            |
|---------|--|------------|
| 36.4.5  | <b>Agenda nueva cita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicita fecha y hora para seguimiento a tratamiento.</li> <li>Se presenta a cita</li> <li>Recibe tratamiento y despeja sus dudas</li> <li>Finaliza el servicio</li> </ul>   | Usuario    |
| 36.4.6  | <b>Archiva expediente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Finaliza servicio.</li> <li>Archiva expediente</li> </ul>   | Odontólogo |
| 36.4.7  | <b>Presenta a cita</b><br>Se presenta a su cita.   | Usuario    |
| 36.4.8  | <b>Recibe al usuario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al usuario el motivo de su asistencia.</li> </ul>   | Odontólogo |
| 36.4.9  | <b>Otorga servicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza su historia clínica dental y consentimiento informado. <b>Anexo 1.1 y 1.2. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.</b></li> <li>Realiza profilaxis dental.</li> <li>En caso de ser necesario indica al usuario sobre una cita de seguimiento al tratamiento realizado.</li> <li>Realiza nota odontológica. <b>Anexo 1.3. Nota Odontológica.</b></li> <li>Indica recomendaciones y cuidados.</li> <li>Señala fecha y hora para seguimiento a tratamiento</li> <li>Si no requiere seguimiento finaliza el servicio.</li> </ul> | Odontólogo |
| 36.4.10 | <b>Agenda nueva cita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicita fecha y hora para seguimiento a tratamiento.</li> <li>Se presenta a cita</li> <li>Recibe tratamiento y despeja sus dudas</li> </ul>   | Usuario    |






**Tlaxiaco**

Manual de procedimientos

Título: Servicios del Área de Odontología

Clave: 36C.4-PC-001

Revisión: N

Fecha: 12-agosto-2024

Próxima revisión: Dic.-24

|                |  |                   |
|----------------|--|-------------------|
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Finaliza el servicio</li> </ul>   |                   |
| <b>36.4.11</b> | <p><b>Presenta a cita</b><br/>Se presenta a su cita.</p>   | <b>Usuario</b>    |
| <b>36.4.12</b> | <p><b>Recibe al usuario</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al usuario el motivo de su asistencia.</li> </ul>  | <b>Odontólogo</b> |
| <b>36.4.13</b> | <p><b>Otorga servicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza su historia clínica dental y consentimiento informado. <b>Anexo 1.1 y 1.2. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.</b></li> <li>Realiza exploración intraoral clínica general enfocándose en lo expresando en el motivo de consulta.</li> <li>Realiza diagnóstico dental de acuerdo a lo observado en el examen intraoral y da a conocer al usuario su diagnóstico.</li> <li>Realiza restauración con amalgama.</li> <li>En caso de ser necesario indica al usuario sobre una cita de seguimiento al tratamiento realizado.</li> <li>Realiza nota odontológica. <b>Anexo 1.3. Nota Odontológica.</b></li> <li>Indica recomendaciones y cuidados al usuario.</li> <li>Señala nueva fecha y hora para seguimiento a tratamiento.</li> </ul> | <b>Odontólogo</b> |
| <b>36.4.14</b> | <p><b>Agenda nueva cita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Solicita fecha y hora para seguimiento a tratamiento.</li> <li>Se presenta a cita</li> <li>Recibe tratamiento y despeja sus dudas</li> <li>Finaliza el servicio</li> </ul>  | <b>Usuario</b>    |







**Tlaxiaco**

Manual de procedimientos

Título: Servicios del Área de Odontología

Clave: 36C.4-PC-001


Revisión: N

Fecha: 12-agosto-2024

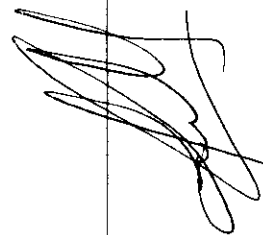
Próxima revisión: Dic.-24

|         |  |                   |
|---------|--|-------------------|
| 36.4.15 | <b>Presenta a cita</b><br>Se presenta a su cita.   | <b>Usuario</b>    |
| 36.4.16 | <b>Recibe al usuario</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al usuario el motivo de su asistencia.</li> </ul>  | <b>Odontólogo</b> |
| 36.4.17 | <b>Otorga servicio</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza su historia clínica dental y consentimiento informado. <b>Anexo 1.1 y 1.2. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.</b></li> <li>Realiza exploración intraoral clínica general enfocándose en lo expresando en el motivo de consulta.</li> <li>Realiza diagnóstico dental de acuerdo a lo observado en el examen intraoral y da a conocer al usuario su diagnóstico.</li> <li>Realiza restauración con resina compuesta.</li> <li>En caso de ser necesario indica al usuario sobre una cita de seguimiento al tratamiento realizado.</li> <li>Realiza nota odontológica. <b>Anexo 1.3. Nota Odontológica.</b></li> <li>Indica recomendaciones y cuidados al usuario.</li> <li>Señala nueva fecha y hora para seguimiento a tratamiento.</li> </ul> | <b>Odontólogo</b> |
| 36.4.18 | <b>Agenda nueva cita</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>Anota la fecha y hora indicada.</li> <li>Se presenta a cita.</li> <li>Recibe tratamiento y despeja sus dudas.</li> <li>Finaliza el servicio.</li> </ul>   | <b>Usuario</b>    |
| 36.4.19 | <b>Presenta a cita</b><br>Se presenta a su cita.   | <b>Usuario</b>    |



|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

|         |   |            |
|---------|---|------------|
| 36.4.20 | <b>Recibe al usuario</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista al usuario el motivo de su asistencia.</li> </ul>  | Odontólogo |
| 36.4.21 | <b>Otorga servicio</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza su historia clínica dental y consentimiento informado. <b>Anexo 1.1 y 1.2. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.</b></li> <li>Realiza exploración intraoral clínica general enfocándose en lo expresando en el motivo de consulta.</li> <li>Realiza diagnóstico dental de acuerdo a lo observado en el examen intraoral y da a conocer al usuario su diagnóstico.</li> <li>Realiza restauración temporal curativa.</li> <li>En caso de ser necesario indica al usuario sobre una cita de seguimiento al tratamiento realizado.</li> <li>Realiza nota odontológica. <b>Anexo 1.3. Nota Odontológica.</b></li> <li>Indica recomendaciones y cuidados al usuario.</li> <li>Señala nueva fecha y hora para seguimiento a tratamiento</li> </ul> | Odontólogo |
| 36.4.22 | <b>Agenda nueva cita</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anota la fecha y hora indicada.</li> <li>Se presenta a cita.</li> <li>Recibe tratamiento y despeja sus dudas.</li> <li>Finaliza el servicio.</li> </ul>   | Usuario    |
| 36.4.23 | <b>Presenta a cita</b><br>Se presenta a su cita.  | Usuario    |
| 36.4.24 | <b>Recibe al usuario</b><br>Entrevista al usuario el motivo de su asistencia.   | Odontólogo |






**Tlaxiaco**

Manual de procedimientos

Clave: 36C.4-PC-001

Revisión: N


Título: Servicios del Área de Odontología

Fecha: 12-agosto-2024

Próxima revisión: Dic.-24

|         |   |                   |
|---------|---|-------------------|
| 36.4.25 | <p><b>Otorga servicio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realiza su historia clínica dental y consentimiento informado. <b>Anexo 1.1 y 1.2. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.</b></li> <li>Realiza exploración intraoral clínica general enfocándose en lo expresando en el motivo de consulta.</li> <li>Realiza diagnóstico dental de acuerdo a lo observado en el examen intraoral y da a conocer al usuario su diagnóstico.</li> <li>Realiza extracción dental</li> <li>En caso de ser necesario indica al usuario sobre una cita de seguimiento al tratamiento realizado.</li> <li>Realiza nota odontológica. <b>Anexo 1.3. Nota Odontológica.</b></li> <li>Indica recomendaciones y cuidados posoperatorias al usuario.</li> <li>Señala nueva fecha para seguimiento a tratamiento.</li> </ul> | <b>Odontólogo</b> |
| 36.4.26 | <p><b>Agenda nueva cita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anota la fecha y hora indicada</li> <li>Se presenta a cita</li> <li>Recibe tratamiento y despeja sus dudas</li> <li>Finaliza el servicio</li> </ul>  | <b>Usuario</b>    |

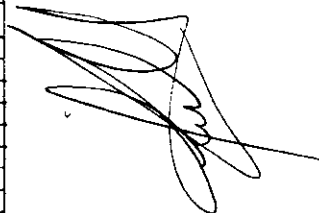



|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

## 8.- Anexos:

### Anexo 1.1. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.

| FECHA  |                    | NOMBRE DEL PACIENTE |                     |
|--|--------------------|---------------------|---------------------|
| <b>FICHA DE IDENTIFICACION</b>   |                    |                     |                     |
| NOMBRE DEL ODONTÓLOGO  |                    | ESTADO DE MATRÍCULA |                     |
| NOMBRE DEL PACIENTE  |                    |                     |                     |
| DOMICILIO  |                    | EDAD                |                     |
| MUNICIPIO  |                    | SEXO                |                     |
| NOMBRE DEL RESPONSABLE   |                    | M. ESTADO           |                     |
| TELÉFONO   |                    | FECHA               |                     |
| <b>SIGNOS VITALES Y SOMATOMÉTRICOS</b>   |                    |                     |                     |
| ESTATURA   | TEMPERATURA        | TENSIÓN ARTERIAL    | FRECUENCIA CARDÍACA |
| PESO   | TA                 | FR                  | FC                  |
| <b>ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES</b>  |                    |                     |                     |
| DIABETES   | MALEFARMACIAS      | MIOPÍA              | OTRAS ENFERMEDADES  |
| HIPOERTIROIDISMO   | GLAUCOMA           | NEFROLOGÍA          | OTRAS ENFERMEDADES  |
| ARTRITIS   | TRAUMATISMOS       | NEFROLOGÍA          | OTRAS ENFERMEDADES  |
| NEFROLOGÍA   | HEPATITIS          | NEFROLOGÍA          | OTRAS ENFERMEDADES  |
| DIABETES   | OTRAS ENFERMEDADES | NEFROLOGÍA          | OTRAS ENFERMEDADES  |
| <b>ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS</b>  |                    |                     |                     |
| DIABETES   | DIABETES           | CÁNCER              | ENTORNO SEXUAL      |
| RUBIOLA  | HIPERTENSIÓN       | ARTRITIS            | EMBARAZOS PREVIOS   |
| SARAMPIÓN  | SIDA               | EPILEPSIA           | FIEBRE REUMÁTICA    |
| TOSFERINA  | HEPATITIS          | AMIGDALITIS         | OTRAS ENFERMEDADES  |
| TUBERCULOSIS   | ASMA               | ALERGIAS A:         |                     |
| ¿TIENE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO? S N  |                    |                     |                     |
| HIGIENE Bucal CEPILLADO DENTAL Y USO DE HILLO DENTAL S N ¿VECES AL DÍA?  |                    |                     |                     |
| ALCOHOL  | TABAQUISMO         | DROGAS              | OTROS               |
| S N  | S N                | S N                 | S N                 |
| <b>PADECIMIENTO ACTUAL</b>   |                    |                     |                     |
| ¿ENFERMEDAD QUE PADECE ACTUALMENTE O HAYA PADECIDO RECIENTEMENTE? (Cuál?)  |                    |                     |                     |
| ¿SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL? S N (Cuál?)  |                    |                     |                     |
| ¿TOMA ACTUALMENTE ALGUN MEDICAMENTO? S N (Cuál?)   |                    |                     |                     |
| ¿HA TENIDO REACCIONES ADVERSAS CON ANESTÉSICOS DENTALES? S N (Cuál?)   |                    |                     |                     |
| ¿SE ENCUENTRA EMBARAZADA O SOSPECHA DE EMBARAZO? S N (Sem de Gestación)  |                    |                     |                     |
| ¿PRESENTA SANGRADO EXCESIVO O HEMORRAGIAS FRECUENTES? S N (Cuándo?)  |                    |                     |                     |
| <b>MOTIVO DE LA CONSULTA</b>   |                    |                     |                     |
| <p>El Centro de Salud y el Centro de Diagnóstico y Tratamiento Odontológico del DIF Municipal Tlaxiaco, Oaxaca, a través de este consentimiento informado, garantiza al paciente el acceso a servicios de salud dental de calidad, seguros y oportunos, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos.</p> <p><b>DIF MUNICIPAL TLAXIACO</b></p> <p><b>ODONTÓLOGO INICIAL</b></p> |                    |                     |                     |




|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

### Anexo 1.2. Historia Clínica Dental y Consentimiento Informado.



| ODONTOGRAMA INICIAL  |                     |             |  | FECHA DE ELABORACIÓN  |  |
|--|---------------------|-------------|--|-----------------------|--|
| CLAVES DE LLENADO<br>1. DENTADO<br>2. ALTRERNO<br>3. EN FACHA<br>4. AVANTE DE LA BOCAL<br>5. AVANTE DE LA SALIDA<br>6. OCLUSIÓN PARALELA<br>7. OCLUSIÓN EN PUERTA<br>8. N. OCLUSIÓN<br>9. OCLUSIÓN | DENTADO             | A           | 10. DENTADO<br>11. ALTRERNO<br>12. EN FACHA<br>13. AVANTE DE LA BOCAL<br>14. AVANTE DE LA SALIDA<br>15. OCLUSIÓN PARALELA<br>16. OCLUSIÓN EN PUERTA<br>17. N. OCLUSIÓN<br>18. OCLUSIÓN | S                     |  |
|  | ALTRERNO            | B           |  | N                     |  |
|  | EN FACHA            | C           |  | OCCLUSIÓN CLASE ANGLE |  |
|  | AVANTE DE LA BOCAL  | D           |  | CLASE I               |  |
|  | AVANTE DE LA SALIDA | E           |  | CLASE II              |  |
|  | OCCLUSIÓN PARALELA  | F           |  | OTRO                  |  |
|  | OCCLUSIÓN EN PUERTA | G           |  |                       |  |
|  | N. OCLUSIÓN         | H           |  |                       |  |
|  | OCCLUSIÓN           | I           |  |                       |  |
| DIAGNOSTICOS   |                     | PRONOSTICOS |  |                       |  |
| PLAN DE TRATAMIENTO  |                     |             |  |                       |  |
| 1. _____   |                     |             |  |                       |  |
| 2. _____   |                     |             |  |                       |  |
| 3. _____   |                     |             |  |                       |  |
| 4. _____   |                     |             |  |                       |  |
| TERAPÉUTICA EMPLEADA (DESCRIPCIÓN Y PERIODICIDAD)  |                     |             |  |                       |  |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO   |                     |             |  |                       |  |

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que he leído y comprendido el contenido del presente consentimiento informado y que he otorgado mi consentimiento libre y voluntario para que el Dr. \_\_\_\_\_, así como de los auxiliares y técnicos en el ejercicio legal de su profesión, se me realice el siguiente tratamiento estipulado por escrito en este documento:

Así mismo quedan autorizados para llevar a cabo o solicitar la práctica de conductas o procedimientos odontológicos adicionales a los ya autorizados en el punto anterior, cuando el resultado del tratamiento así lo requiera.


Como paciente o representante legal, declaro que conozco y comprendo en su totalidad la explicación antes dada y la posibilidad de que estos eventos se presenten en el desarrollo del curso del tratamiento y/o del post operatorio y acepto todos los riesgos que conlleva dichos tratamientos a realizar.

Acepto que la odontología es una ciencia exacta y que con intervención autorizada se buscará la utilización de los medios idóneos para el caso y que los resultados no dependen exclusivamente del Odontólogo.

He recibido claras instrucciones en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento puede ser revocado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito, tomada antes de la intervención o realización del tratamiento.

|   |   |   |
|---|---|---|
| FIRMA DEL PACIENTE  | TESTIGO   | FIRMA DEL ODONTÓLOGO  |
| <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> |  | <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> |

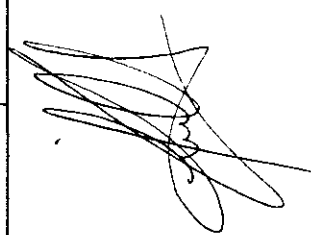


|   |   |   |
|---|---|---|
|  <b>Tlaxiaco</b> | Manual de procedimientos                  | Clave: 36C.4-PC-001   |
|   | Título: Servicios del Área de Odontología | Revisión: N<br>Fecha: 12-agosto-2024<br>Próxima revisión: Dic.-24 |

**Anexo 1.3. Nota Odontológica.**


**NOTAS DE TX, ODONTOLOGÍA**


| Nombre del Paciente                          | No. de Expediente                      |
|--|--|
| Fecha _____                                  | Tratamiento realizado: _____ PD: _____ |
| Nombre y Firma de odontólogo tratante: _____ |  |
| Fecha _____                                  | Tratamiento realizado: _____ PD: _____ |
| Nombre y Firma de odontólogo tratante: _____ |  |
| Fecha _____                                  | Tratamiento realizado: _____ PD: _____ |
| Nombre y Firma de odontólogo tratante: _____ |  |
| Fecha _____                                  | Tratamiento realizado: _____ PD: _____ |
| Nombre y Firma de odontólogo tratante: _____ |  |



\* Carretera a Huixtla km 2.5 a 200 metros del HT  
 Col. Jardines del Sur  
 Tlaxiaco, Tlax. C.P. 91000  
 953 552 0723

