



EJÉRCITO ECUATORIANO

UNIDAD	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR No. 1 "ELOY ALFARO"	CÓDIGO	G.C.S.
NOMBRE	CIRCULAR FICHA ODONTOLÓGICA DEL CADETE DE INICIAL 2 A 3ER. AÑO DE BACHILLERATO		

No. 0069-2021-2022

Estimado señor padre de familia/representante:

Es un gusto expresar un cordial saludo. La institución con el firme propósito de brindar servicios que beneficien a nuestros cadetes incorporó a su planta administrativa personal especializado: un médico general y un odontólogo, que se suman al equipo del Departamento Médico del COMIL-1.

Por ello, es imprescindible retomar las acciones de prevención en la unidad educativa, que iniciarán con la actualización de la **historia clínica odontológica**, desde Inicial 2 a 3er. año de bachillerato, que contiene datos relevantes acerca de la salud bucal del estudiante. Anexo a la presente encontrará los documentos habilitantes para que su representado reciba la atención por parte de nuestro personal: historia clínica y autorización. Los mismos que deben ser llenados correctamente y de forma clara.

La revisión odontológica gratuita iniciará por niveles desde el 28 de abril de 2022, por grupos de ocho personas, hasta finalizar el presente año lectivo. Los señores padres de familia no deben llenar los datos que van a continuación de la valoración clínica odontológica. Les corresponde llenar únicamente los datos del cadete, así como los antecedentes personales y familiares; marcar con una X según corresponda a la patología o enfermedad que tuviera, caso contrario colocar que no refiere ningún antecedente personal y colocar, la medicina, en caso de estar bajo tratamiento.

Nota: Los documentos legalizados deberán ser entregados a los tutores de cada año hasta el miércoles 27 de abril de 2022.

Dios, Patria y Libertad

Vinicio R. Vivanco

Tcrn. de E.M.

Rector de la U.E. FF.AA. Colegio Militar No. 1 "Eloy Alfaro"

Quito, 22 de abril de 2022

Elaborado por RR.PP.

10 PLANES DE DIAGNOSTICO, TERAPÉUTICO Y EDUCACIONAL

BIOMETRIA	QUÍMICA SANGUÍNEA	RAYOS - X	OTROS

11 DIAGNOSTICO

PRE=PRESUNTIVO
DEF=DEFINITIVO

CIE

PRE DEF

CIE

PRE DEF

1					3			
2					4			

CODIGO

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	NUMERO DE HOJA
-------------------	------------------	-------------	-------	----------------

12 TRATAMIENTO

SESION Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESION	1				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	2				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	3				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	4				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	5				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	6				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	7				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	8				CODIGO	
FECHA					FIRMA	
SESION	9				CODIGO	
FECHA					FIRMA	

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL
CADETE:

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	SEXO (M-F)	EDAD	Nº DE HISTORIA CLINICA

MENOR DE 1 AÑO	1 - 4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAMADO	5-14 AÑOS NO PROGRAMADO	10 - 14 AÑOS PROGRAMADO	15 - 19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS	EMBARAZADA
----------------	------------	------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------	------------------	------------

1 MOTIVO DE CONSULTA	ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSION DEL INFORMANTE

2 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL	REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGIA, LOCALIZACION, CARACTERISTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SINTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCION, ESTADO ACTUAL

3 ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES									
1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMO RRAGIAS	4. VIH/SIDA	5. TUBER CULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES	8. HIPER TENSION	9. ENF. CARDIACA	10. OTRO

4 SIGNOS VITALES					
PRESION ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA min.	TEMPERATURA °C	F. RESPIRAT. min		

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO								DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. PISO	8. CARRILLOS	
9. GLANDULAS SALIVALES	10. ORO FARINGE	11. A.T.M.	12. GANGLIOS					

6 ODONTOGRAMA																PINTAR CON: AZUL, PARA TRATAMIENTO REALIZADO - ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL MOVILIDAD Y RECESION: MARCAR "X" (1,2,3) SI APLICA							
RECESIÓN ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
MOVILIDAD ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
VESTIBULAR ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
LINGUAL																							
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
VESTIBULAR ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
MOVILIDAD ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							
RECESION ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐							

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL										8 INDICES CPO-ceo				
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA										D				
PIEZAS DENTALES										C				
PLACA 0-1-2-3										P				
CALCULO 0-1-2-3										O				
GINGIVITIS 0-1										TOTAL				
ENFERMEDAD PERIODONTAL										d				
LEVE										c				
MODERADA										e				
SEVERA										o				
ANGULO I										TOTAL				
ANGULO II														
ANGULO III														

9 SIMBOLOGIA DEL ODONTOGRAMA									
* rojo	SELLANTE NECESARIO	⊗	PERDIDA (OTRA CAUSA)	=	PROTESIS TOTAL				
* azul	SELLANTE REALIZADO	△	ENDODONCIA	□	CORONA				
X rojo	EXTRACCION INDICADA	□ - - - - □	PROTESIS FIJA	○ rojo	OBTURADO				
X azul	PERDIDA POR CARIES	(- - - -)	PROTESIS RENOVABLE	○ azul	CARIES				



EJÉRCITO ECUATORIANO

UNIDAD	U.E. FF.AA. COLEGIO MILITAR No. 1 "ELOY ALFARO"	CODIGO	G.S.
NOMBRE	AUTORIZACIÓN ATENCIÓN ODONTOLÓGICA		

Quito, _____

SR. TCRN. DE E.M.
VINICIO R. VIVANCO M.
RECTOR

De mis consideraciones:

Yo _____, representante legal de la/del niña (o) _____ del año.....y paralelo..... autorizo libre y voluntariamente a la Unidad Educativa de Fuerzas Armadas Colegio Militar No. 1 "Eloy Alfaro", realice la atención odontológica que requiera mi representado (a), por lo que asumo la total responsabilidad de esta decisión.

Firma.....

Nombre y Apellido.....

C.C.....

NOTA: FAVOR LLENAR A MANO