

**Anexo 1: Ficha clínica Internado Intrahospitalario Odontología**

Fecha

Nombre interno/a: _____
Nombre docente: _____

Ficha Clínica**Odontología - Internado Intrahospitalario****Identificación del paciente**

Nombre completo: _____
Sexo: _____ Edad: _____ RUT: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Lugar de nacimiento: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Estado civil: _____
Nivel de educación: _____ Ocupación: _____
Previsión: _____
Servicio Médico: _____ Número de cama: _____
Nombre contacto de emergencias: _____
Parentesco: _____ Teléfono: _____

Motivo de Consulta o Derivación

Derivado por/desde: _____

Anamnesis Próxima

Revisión por Sistemas

Cardiovascular:		Locomotor:	
Respiratorio:		Neurológico:	
Digestivo:		Endocrino:	
Dermatológico:		Psiquiátrico:	
Urogenital:		Hematológico:	

Anamnesis Remota Personal

Antecedentes Mórbidos: _____

Medicamentos: _____

Alergias (tipo de reacción): _____

Cirugías Previas y tipo de anestesia: _____

Hospitalizaciones (motivo y fecha): _____

Inmunizaciones: _____

Tabaco (IPA, activo/pasivo/suspendido): _____

OH (frecuencia, cantidad, tipo): _____

Drogas (frecuencia, cantidad, tipo): _____

Hábitos Alimentarios: _____

Antecedentes Gineco-Obstétricos

Menarquia: _____ Fecha última Menstruación (FUR): _____

Regularidad de ciclos menstruales: _____ G _____ P _____ A _____

Fecha partos previos: _____ Uso de anticonceptivos: _____

Menopausia: _____ Terapia de reemplazo hormonal: _____

Antecedentes sociales

Antecedentes familiares (1º grado): _____

Anamnesis Remota Odontológica

Lugar y fecha de última atención: _____

Motivo última visita: _____

¿Ha presentado reacciones desfavorables a la anestesia local o a algún material odontológico?: _____

¿Le han realizado exodoncias? _____ ¿Sangran sus encías? _____

¿Presenta movilidad dentaria? _____ ¿Es usuario de prótesis? _____

¿Presenta algún otro problema odontológico? _____

¿Ha activado algún GES odontológico? _____

Hábitos de higiene: _____

Signos vitales:

Presión: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Frecuencia Respiratoria: _____

Examen Físico General

Conciencia y estado psíquico: _____

Llene capilar: _____ Facies: _____

Posición y/o decúbito: _____ Marcha o deambulación: _____

Peso, talla: _____ IMC: _____

Piel, pelo, uñas: _____

Examen Físico Segmentario

Cabeza y Cuello

Cráneo: _____

Cara: _____

Frente: _____

Ojos: _____

Nariz: _____

Orejas: _____

Cuello: _____

Linfonodos: _____

Músculos: _____

ATM: _____

Cavidad Oral

Labios y comisura: _____

Cara interna de la mejilla: _____

Fondo de vestíbulo: _____

Lengua: _____

Piso de boca: _____

Paladar duro: _____

Paladar blando: _____

Orofaringe y Tonsillas: _____

Glándulas salivales y saliva: _____

Encías: _____

Fórmula Dentaria: _____

Dientes Ausentes: _____

Portador de Prótesis: _____

Aspecto Dentario: _____

Aspecto Oclusal: _____

Aspecto Rehabilitador: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	Sun.	21	22	23	24	25	26	27	28
Der.								Ling.	Iza.							
48	47	46	45	44	43	42	41	Inf.	31	32	33	34	35	36	37	38

Obturadas: Azul - Caries: Rojo – Perdidas: Cruz Azul – Indicación de Exodoncia : Cruz Roja

Tórax: _____

Abdomen: _____

Miembros Superiores: _____

Miembros Inferiores: _____

Exámenes

Diagnóstico Integral Actual

Plan de Tratamiento

Evolución

Anexo 2: Rúbrica corrección Fichas clínicas Internado Intrahospitalario Odontología

Rúbrica Evaluación Ficha Clínica

Nombre de alumno: _____

Nombre tutor/ evaluador: _____

Fecha: _____

Escala de apreciación para confección de ficha clínica.

Objetivo de actividad: Analizar historias clínicas e integrar la práctica médica y odontológica en pacientes hospitalizados en CUA. Generar hipótesis diagnóstica y diagnóstico integral relacionando anamnesis médica y odontológica, examen físico general y segmentario.

CRITERIO/NIVEL DE DESEMPEÑO	LOGRA-DO (2 PTOS)	ME-DIAM ENTE LOGR ADO (1 PTO)	NO LO-GRADO (0 PTO)	FAC-TOR	PUN-TAJE	OBSERVACIONES
1.- Identificación paciente Datos completos y relevantes de la identificación del paciente				1		
2.- Motivo de consulta Mención de los signos o síntomas que hacen consultar al paciente				1		
3.- Anamnesis próxima Descripción completa e informada de forma sintetizada y cronológica utilizando lenguaje semiológico sin dar diagnóstico				2		
4.- Revisión por sistema Mención de los síntomas y signos no relacionados al motivo de consulta				1		
5.- Anamnesis remota Mención de las comorbilidades, hábitos y antecedentes médicos del paciente				2		
6.- Examen físico general y segmentario (Tórax, abdomen y miembros) Descripción completa y detallada utilizando lenguaje técnico semiológico sin realizar diagnósticos				1		
7.- Examen físico cabeza y cuello Descripción completa y detallada				2		

utilizando lenguaje técnico semiológico sin realizar diagnósticos						
8.- Diagnóstico integral Diagnóstico enumerado de las patologías presentes del paciente médicas y odontológicas				2		
9.- Plan de tratamiento Plan de tratamiento médico y odontológico e indicaciones de salud general				2		
10.- Formalidad Utiliza lenguaje técnico semiológico, sin abreviaciones.				1		
11.- Ortografía y gramática Libre de errores de ortografía y de redacción. Adecuada caligrafía y letra legible.				1		
PUNTAJE:	NOTA:					

Puntaje	Nota	Puntaje	Nota	Puntaje	Nota	Puntaje	Nota
0.0	1.0	10.0	2.6	20.0	4.2	30.0	6.5
1.0	1.2	11.0	2.7	21.0	4.4	31.0	6.8
2.0	1.3	12.0	2.9	22.0	4.7	32.0	7.0
3.0	1.5	13.0	3.0	23.0	4.9		
4.0	1.6	14.0	3.2	24.0	5.1		
5.0	1.8	15.0	3.3	25.0	5.4		
6.0	1.9	16.0	3.5	26.0	5.6		
7.0	2.1	17.0	3.7	27.0	5.8		
8.0	2.3	18.0	3.8	28.0	6.1		
9.0	2.4	19.0	4.0	29.0	6.3		



© 2025 Universidad de Murcia. Enviado para publicación de acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 España (CC BY-NC-ND). (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 2. Utilice esta página horizontal para tablas extragrandes.
