ACTA

TEMA: Prótesis Dentales
Fecha: 5 Diciembre 2024
Lugar: Kra 8 # 7-61
Hora: 8 am.

Asistentes:

Orden del Día:

1. Tema Prótesis Dentales
2. Compromisos y Acuerdos

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

1. Temas Se Realizo la jornada de Prótesis Dentales a las personas mayores tanto de la zona Rural y Urbana

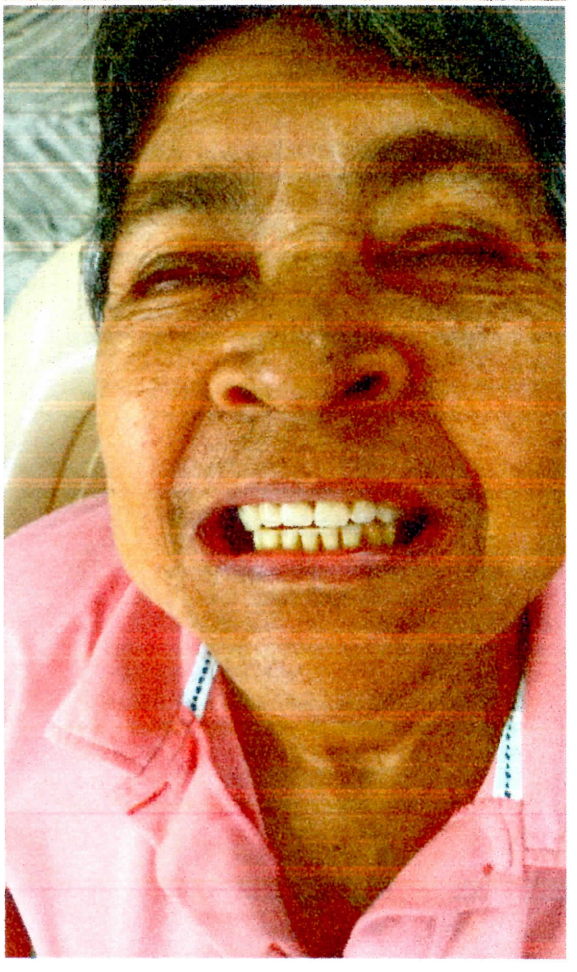
Compromiso	Responsable	Fecha

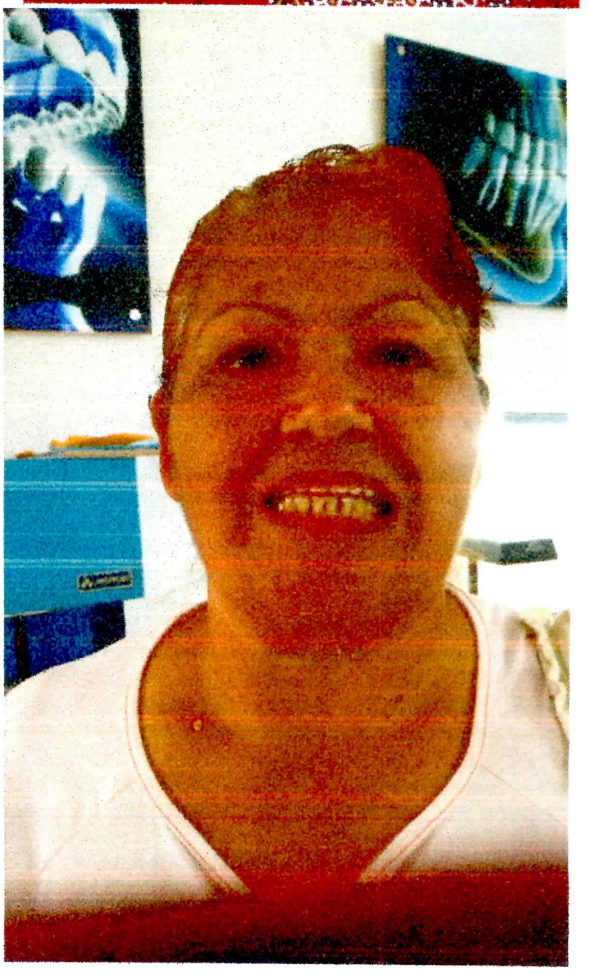
Asistentes

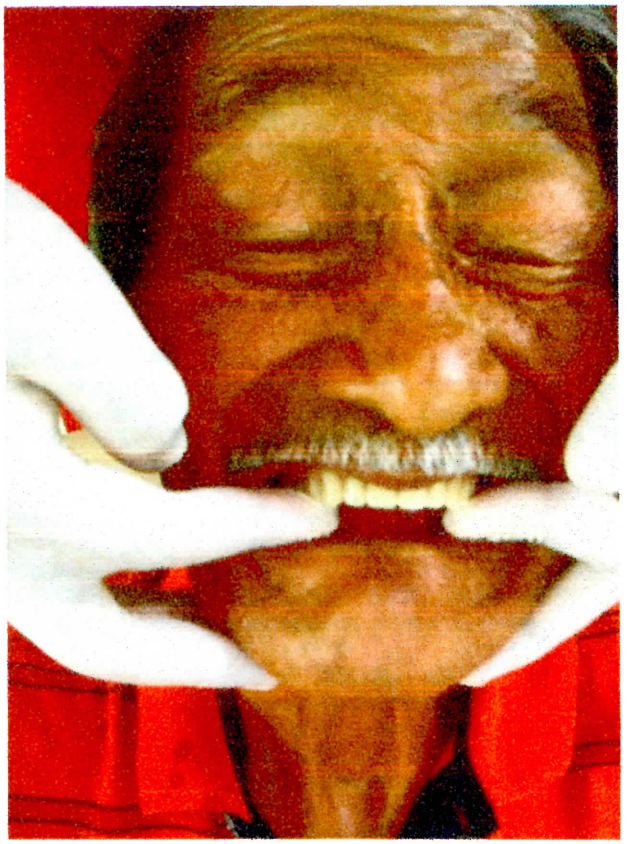
Nombre	Institución	Firma
ADRIAN DAVID Garcia		
Rosa Jimena Rodas		
Sandra milena Alzate.		

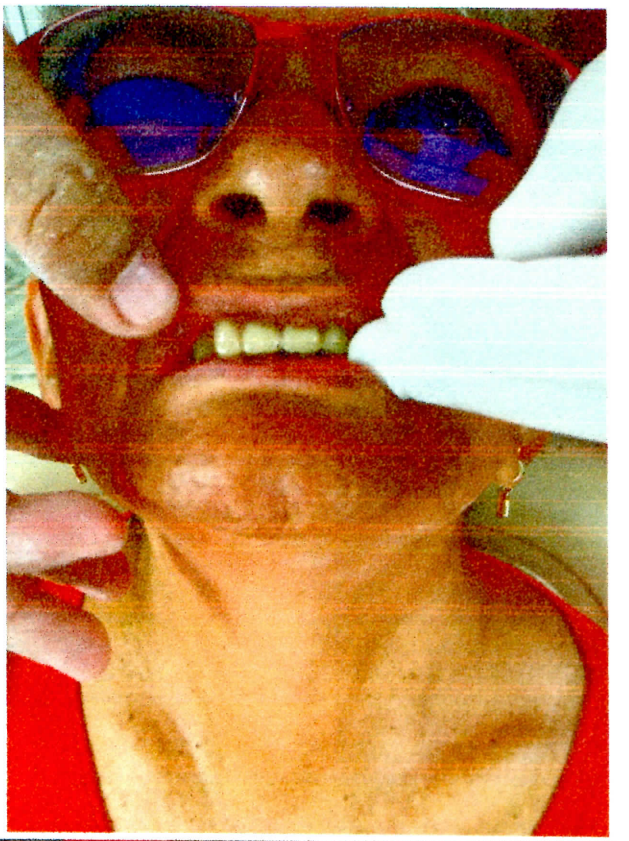


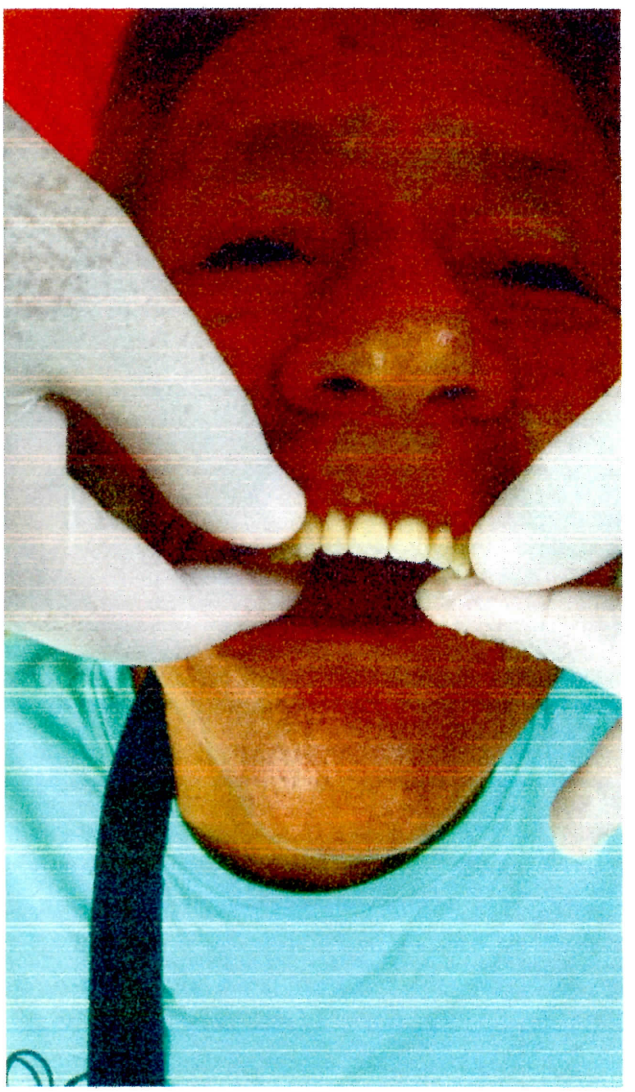


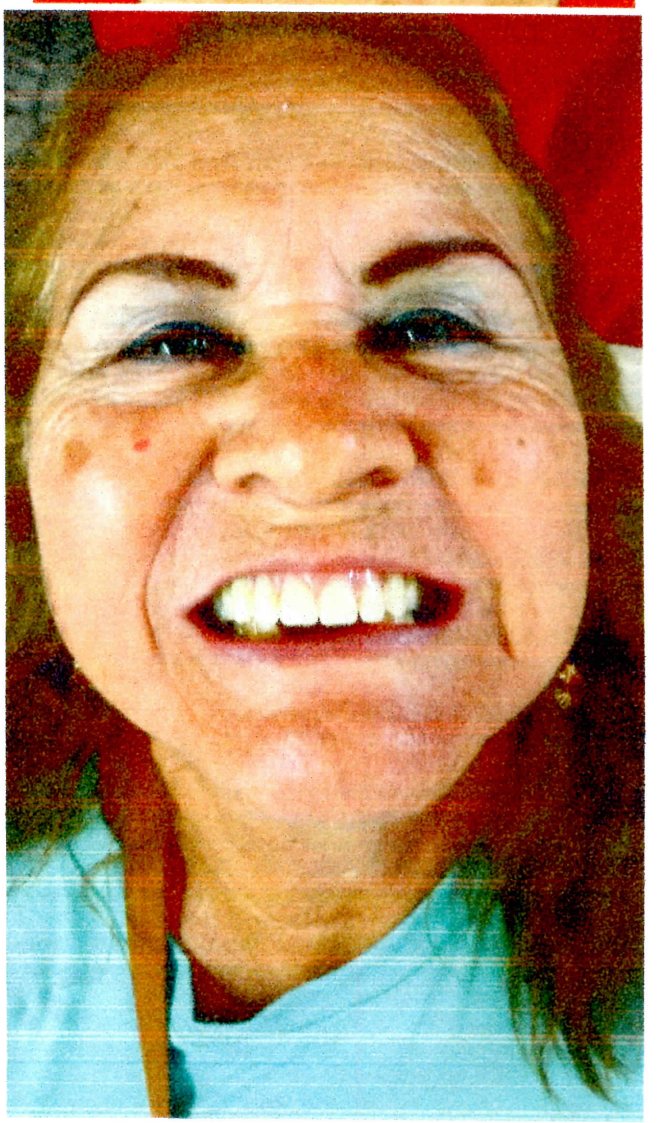










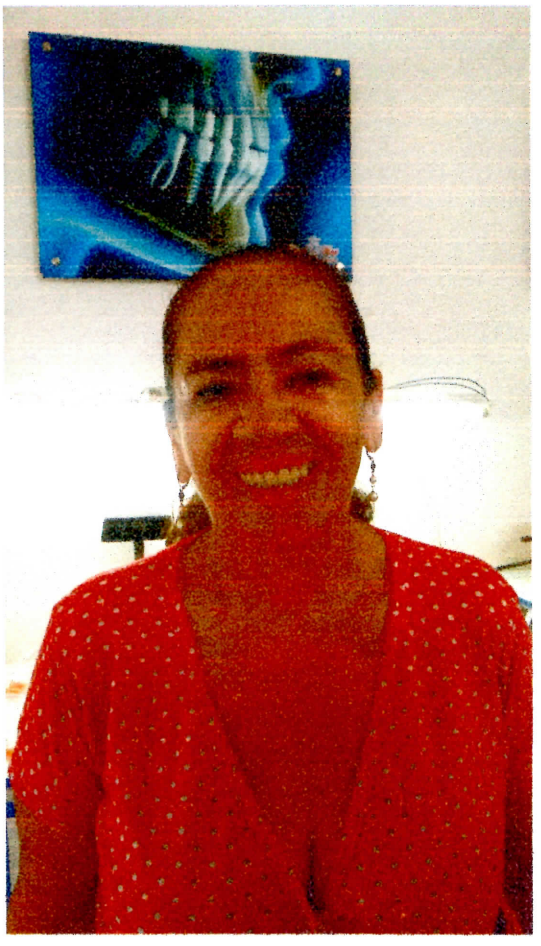




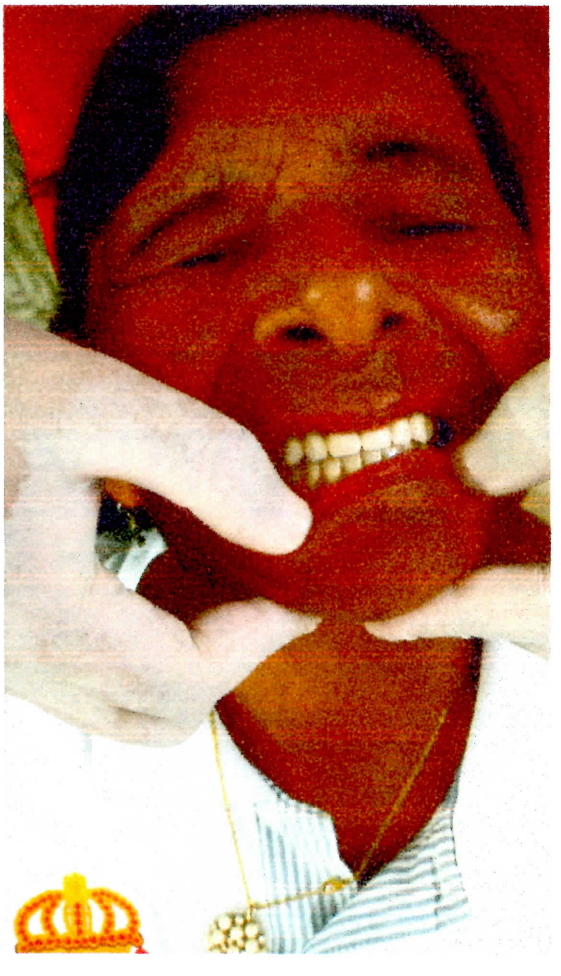










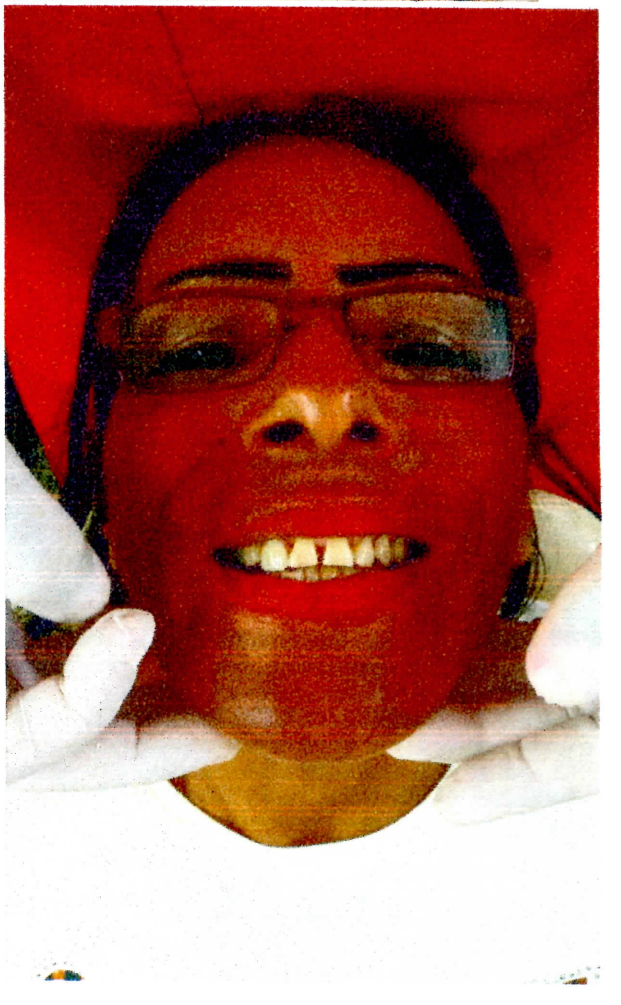




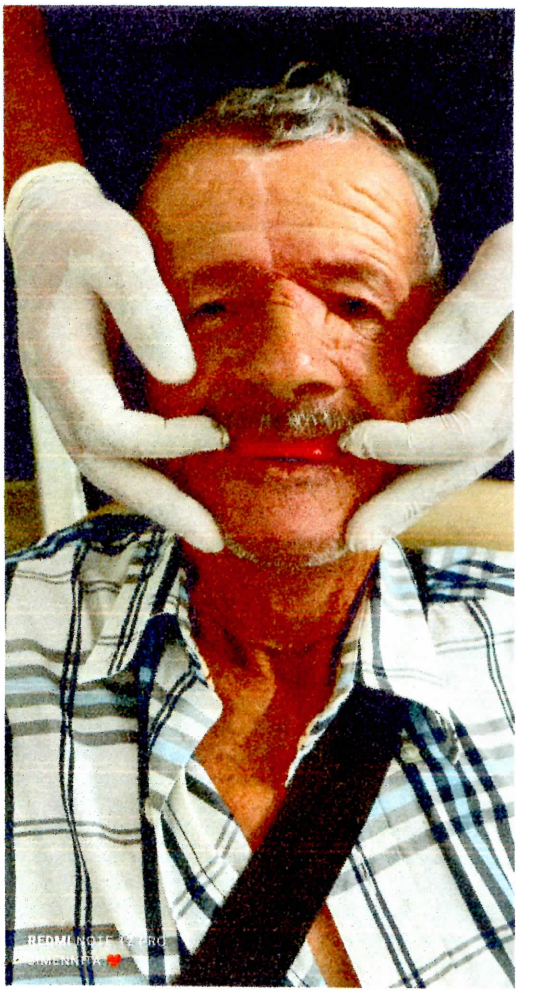


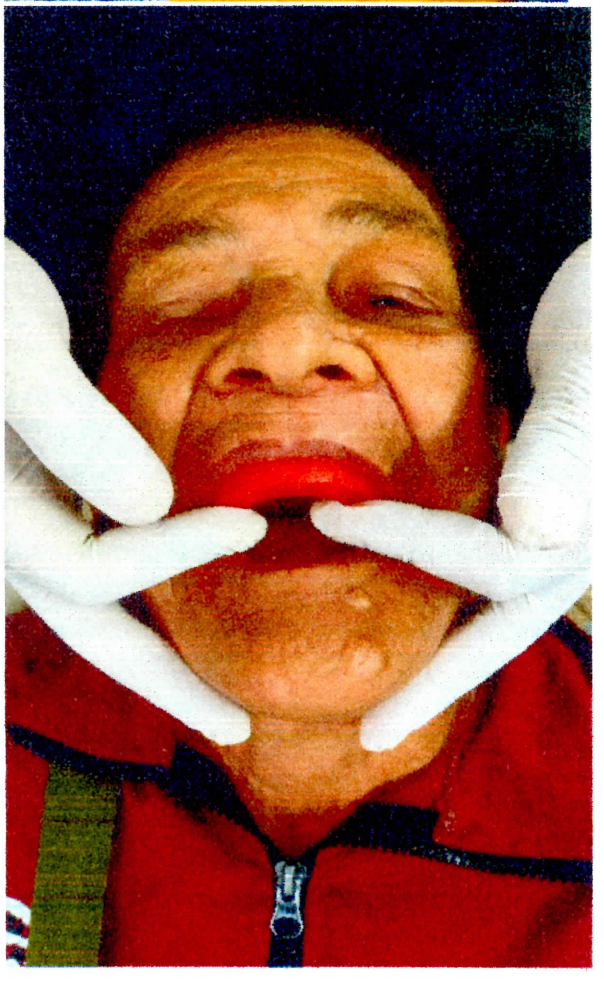


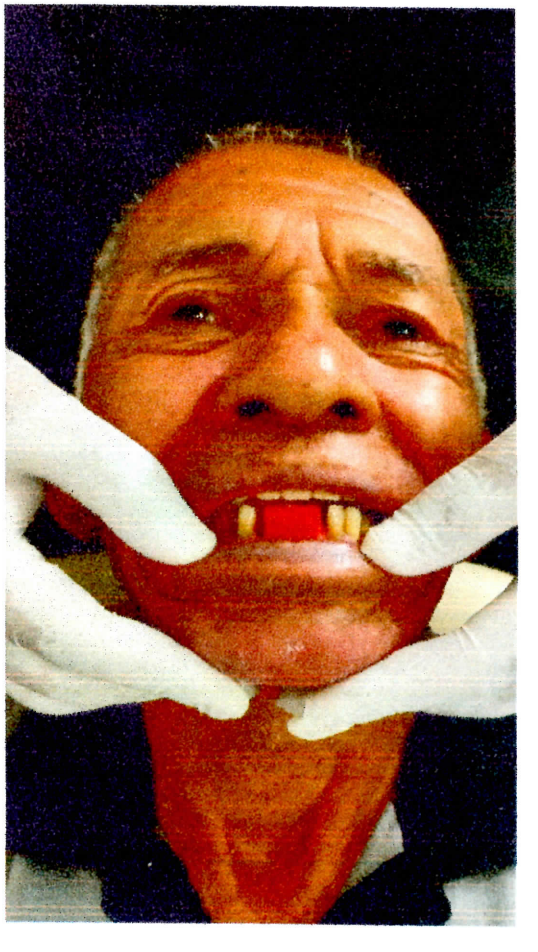


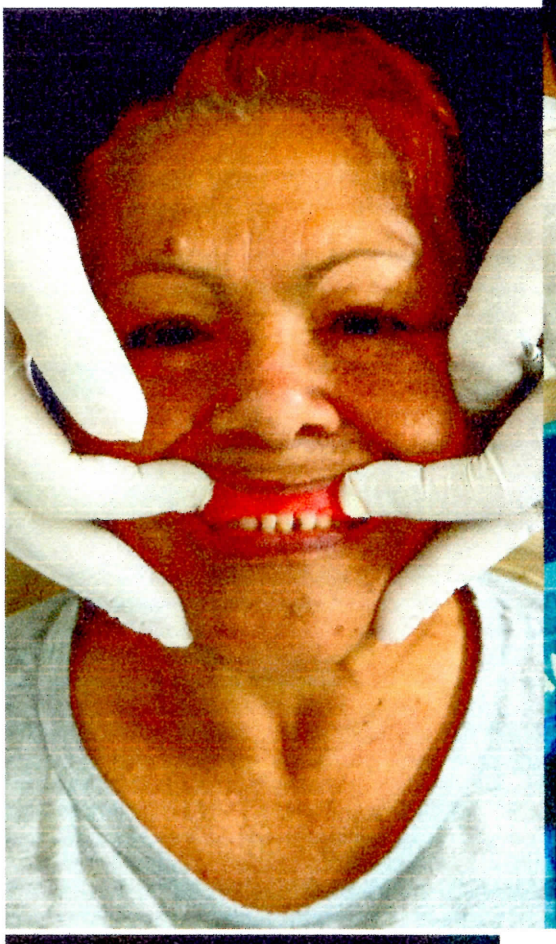


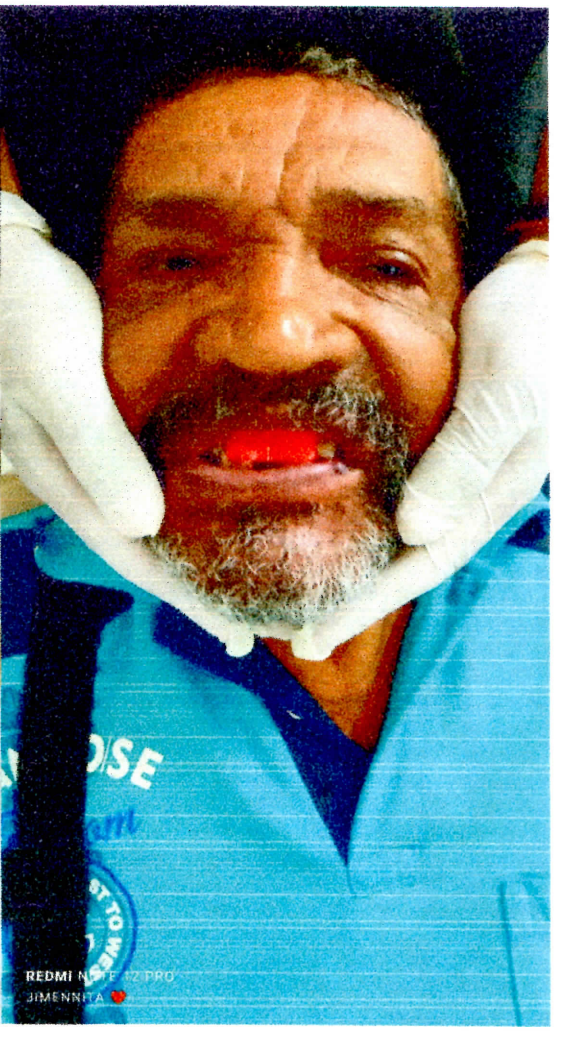




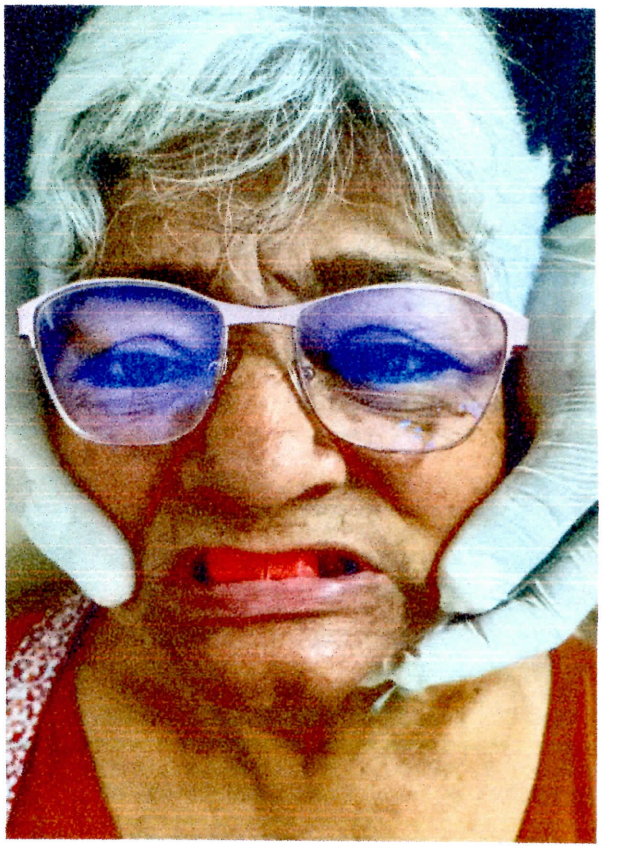


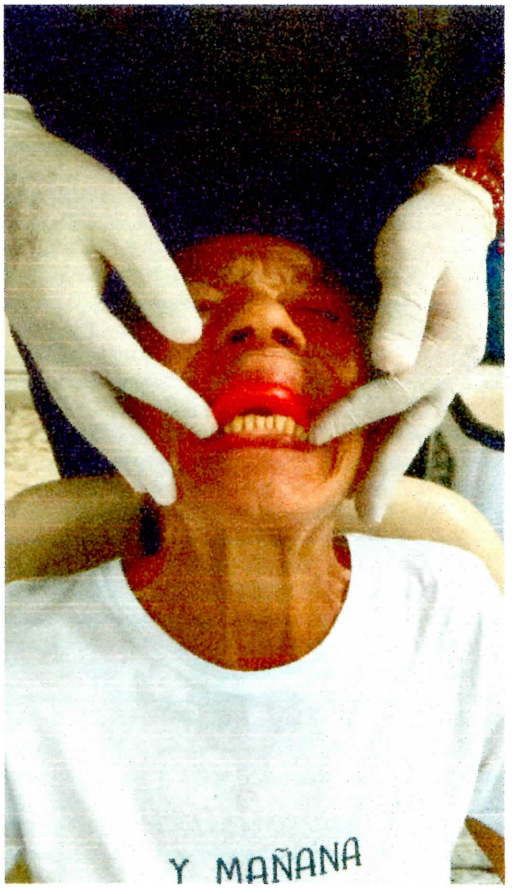




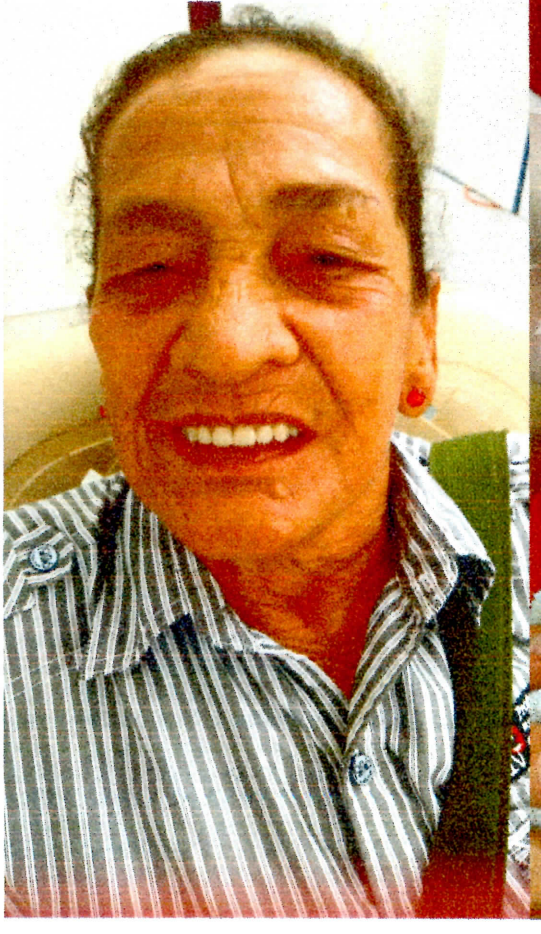

REDMI NOTE 12 PRO
JIMENNITA






Y MAÑANA

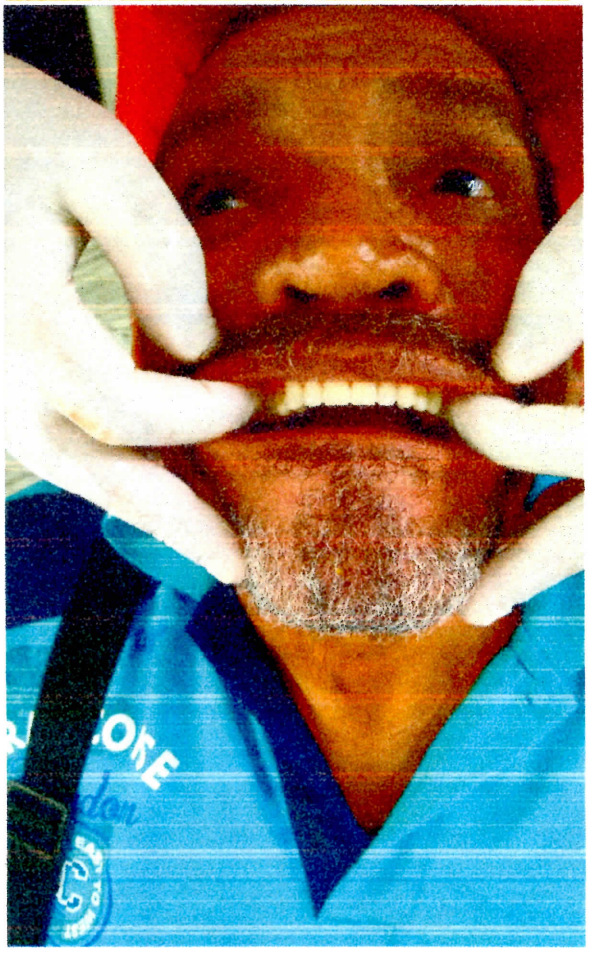


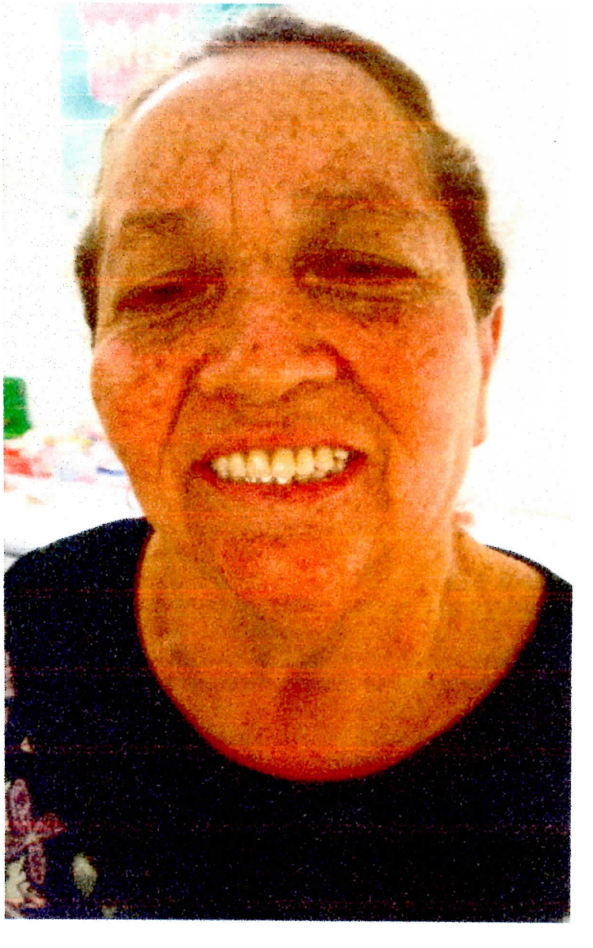


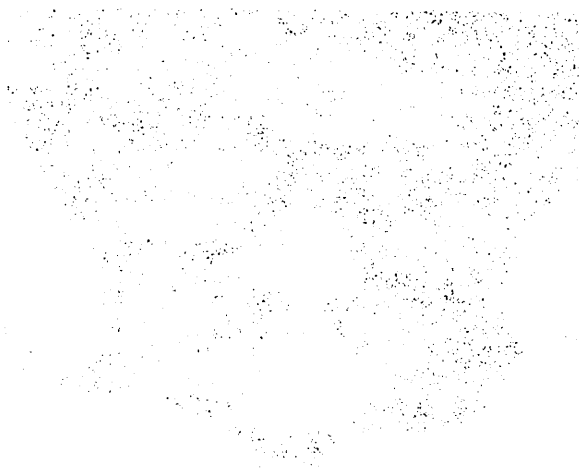






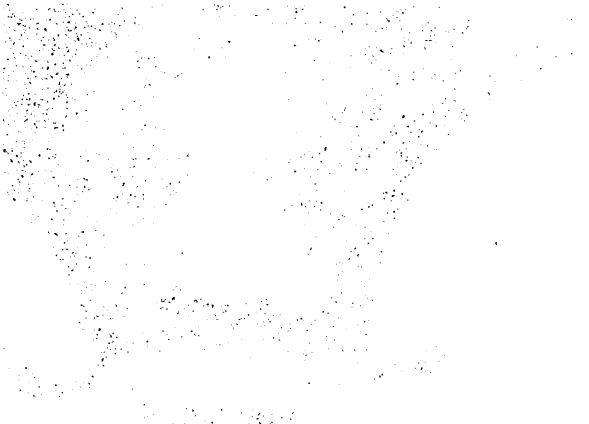


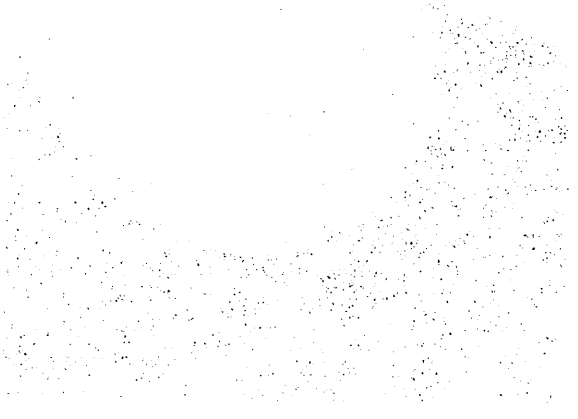




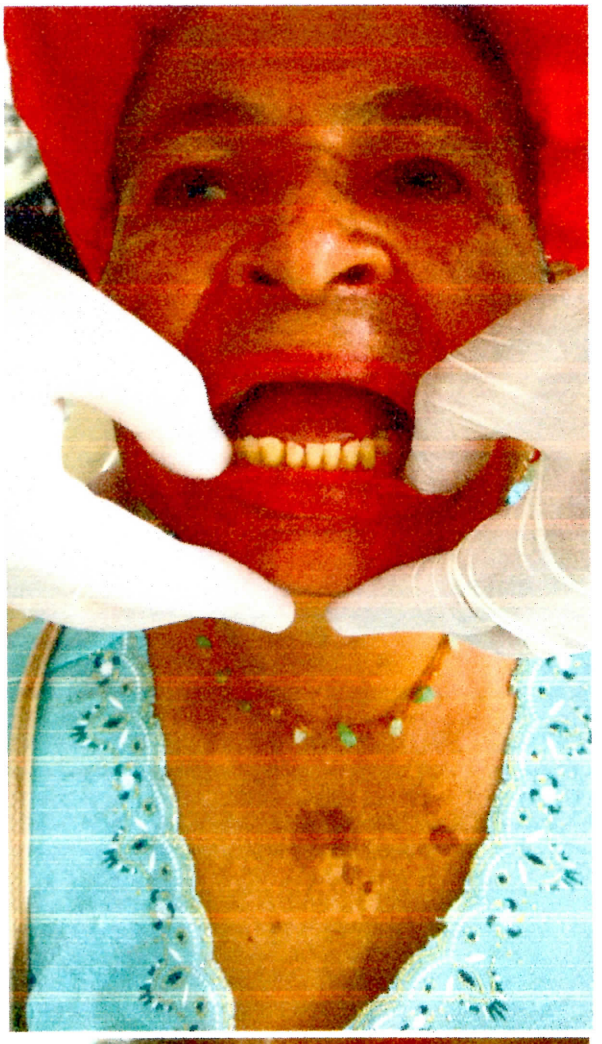


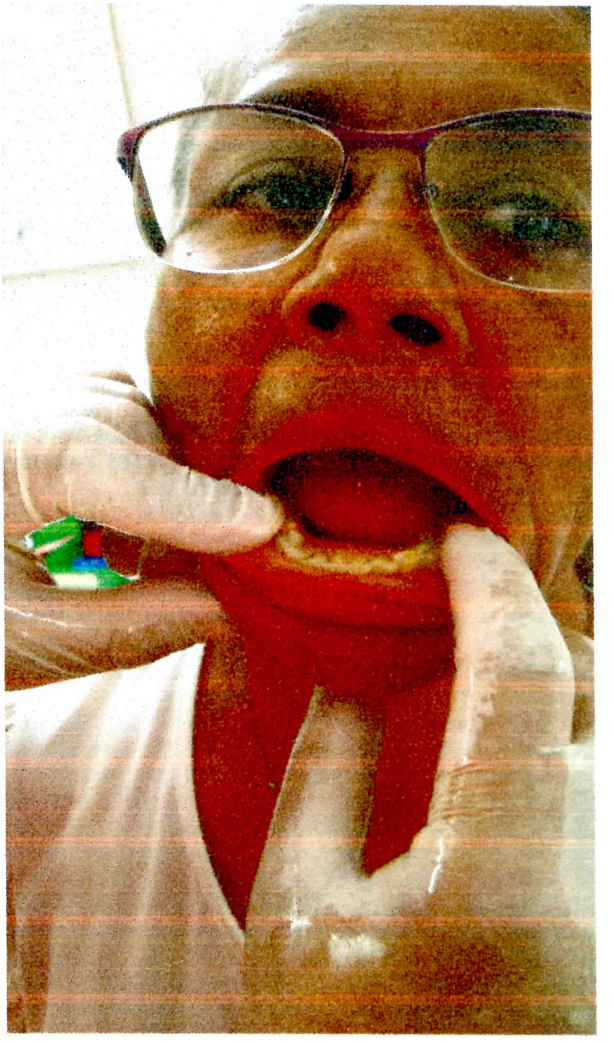




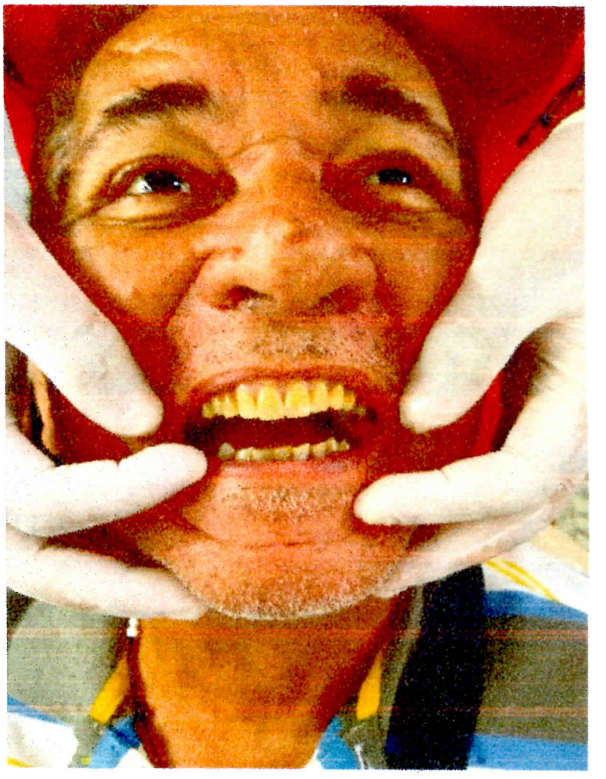


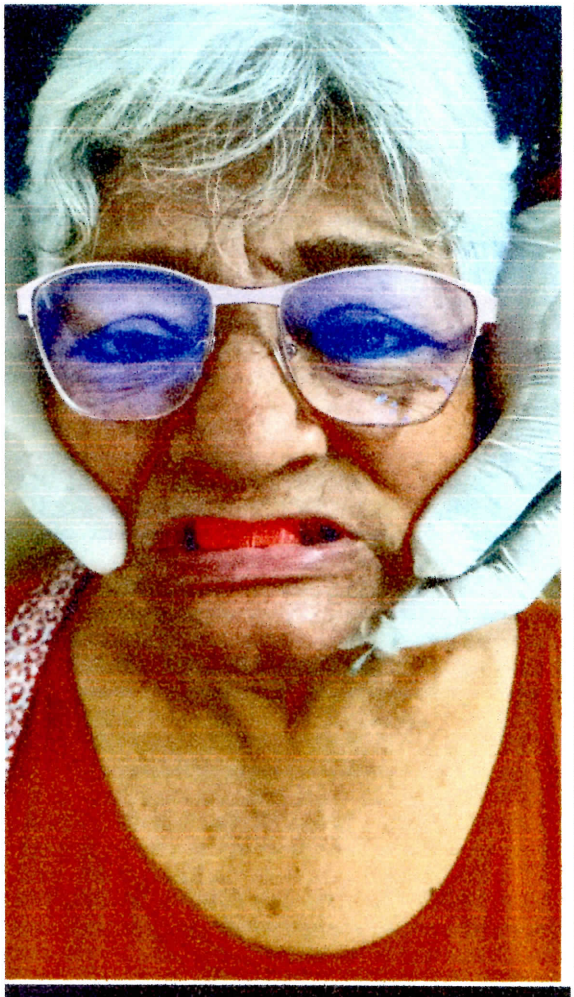










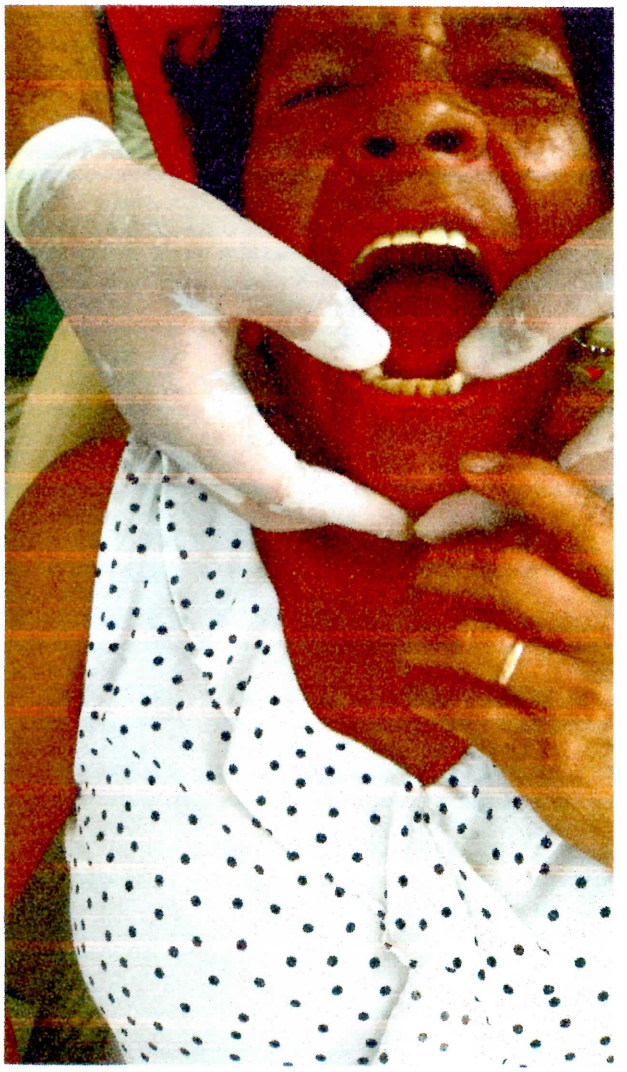


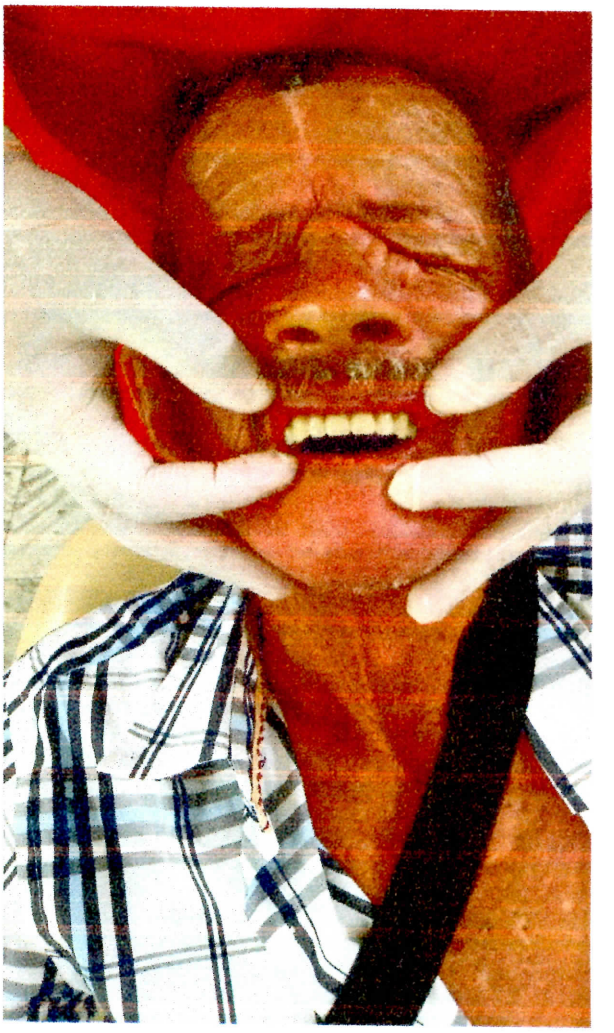












LIBIA GUITIERREZ

CEDULA 38853448

DIRECCION CRA 11 229 18

CELULAR 31554559004

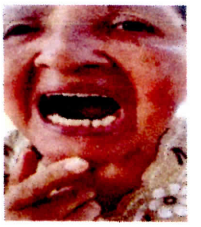


LUCY TORRES

CEDULA 38439055

DIRECCION CALLE 32 11 34

CELULAR 3152844923



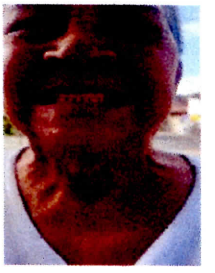
MARIA ELVIRA MASIAS

CEDULA 29328790

DIRECCION CALLE 16 11 03

CELULAR 3153788469

SE LE CAE LA PROTESIS SUPERIOR



MARIA FIDELA TROCHEZ

CEDULA 41796628

DIRECCION CALLE 19 8 22

CELULAR 3162898401

SE LE CAEN LAS PROTESIS



MARIA MARLENE RIOS

CEDULA 29134813

CELULAR CRA 14B 23 25

CELULAR 3167212454



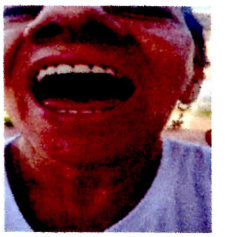
ESTHER TORRES

CEDULA 38853411

DIRECCION CALLE 31C 15 21

CELULAR 3152691076

SE LE CAEN LAS PROTESIS

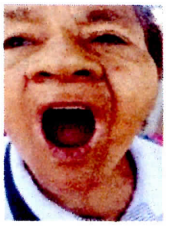


FLOR ALBA PENAGOS

CEDULA 29282576

DIRECCION CRA 15B 31 33

CELULAR 3177049109

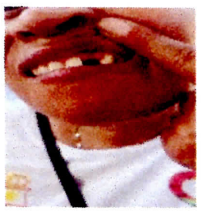


GLORIA PATRICIA LOZANO

CEDULA 38873493

DIRECCION CRA 10 22 05

CELULAR 3172512461



JOSE CERAFIN MENDIETA

CEDULA 3292858

DIRECCION CRA 17 7 18

CELULAR 3044981839



JULIO VELEZ

CEDULA 6182572

DIRECCION CRA 15N 3 31

CELULAR 3170837222



LISTADO PARA PROTESIS 2024

AIDA PADILLA
CEDULA 38874000
DIRECCION CRA 30 11 12
CELULAR 3177847901
SOLICITA PROTESIS



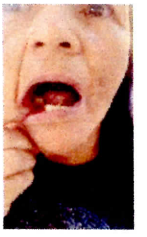
CARMEN ROSA BEJARANO
CEDULA 38851517
DIRECCION CRA 30 11 65
CELULAR 3187583296
SE LE CAEN LAS PROTESIS



CIELO OSSA
CEDULA 38858428
DIRECCION CALLE 26 10 55
CELULAR 3164474524



DORA ALICIA BOCANEGRA
CEDULA 38856915
DIRECCION CRA 139 26 02
CELULAR 3136929753



WIILIAM DARIO CARDONA

CEDULA 15242256

DIRECCION FRENTE A SAN FRANSISCO POR LA CARRERA 5

HAY QUE UBICARLE PERSONALMENTE Y QUE ES UNA PERSONA EN CALLE CUIDA CARROS

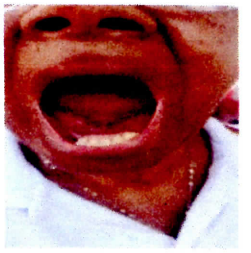
NO HAY REGISTRO FOTOGRAFICO YA QUE NO ACCEDIO

MARIA ROSALBA VARGAS

CEDULA 38853449

DIRECCION CRA 7B 27 05

CELULAR 3228550796



YINA BRIYTH MUÑOZ

CEDULA 3887486

DIRECCION CRA 16 28 39

CELULAR 3158658888



INES FAJARDO

CEDULA 38861698

DIRECCION CRA 15 179 24

CELULAR 3177728834



MELBA VIAFRA

CEDULA 38851293

DIRECCION CRA 14 28 20

CELULAR 3152909025

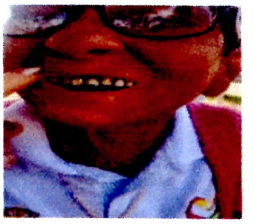


OFELIA VILLA

CEDULA 24755121

DIRECCION CALLE 4 BIS 13 04

CELULAR 3012640385



JAIME CEBALLOS VARGAS

CEDULA 9457382

DIRECCION CALLE 11 8E 12 ALTO BONITO

CELULAR 3163865628



ANTONIO ERAZO

CEDULA 13009865

DIRECCION CALLE 18 14C 03

CELULAR 3186958723



EL VENDE LOTERIA EN LA CALLE 6 ENTRE12 Y 13 ANTIGUO TELECOM.

EDELMIRA ESPINOZA SEMANTE

CEDULA 31209018

DIRECCION CRA 5 2 42 habana. La última casa en obra negra por la iglesia



LUIS HERNANDO RODAS RESTREPO

CEDULA 2.549.131

DIRECCION CALLE 24 14B 30

CELULAR 3137014267



GLADYS LIZARASO

CEDULA. 29292415

DIRECCION LA HABANA MÁS ARRIBA DE LA ESCUELA.

CELULAR .3176543088



JOSÉ HERNÁN DUQUE TORRES

CEDULA 7.248.805

DIRECCIÓN CRA 7A # 31c-35

CELULAR 3175725197

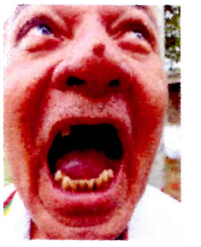


TITO FREDDY GALLARDO

CEDULA 14975754

DIRECCION CRA 4 7 40

CELULAR 3152736945



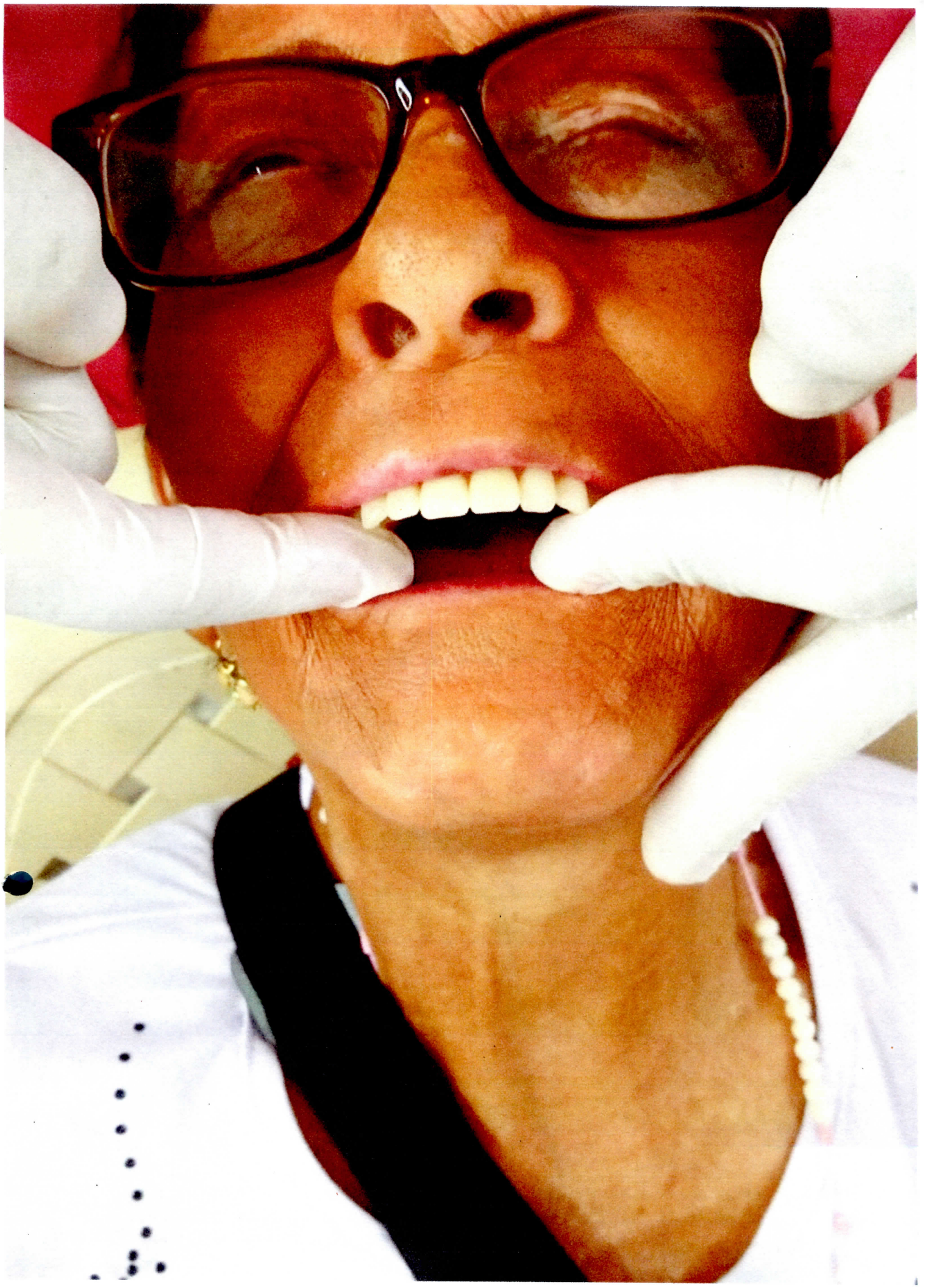
JORGE ELICER ESPINOSA

CEDULA 4535735

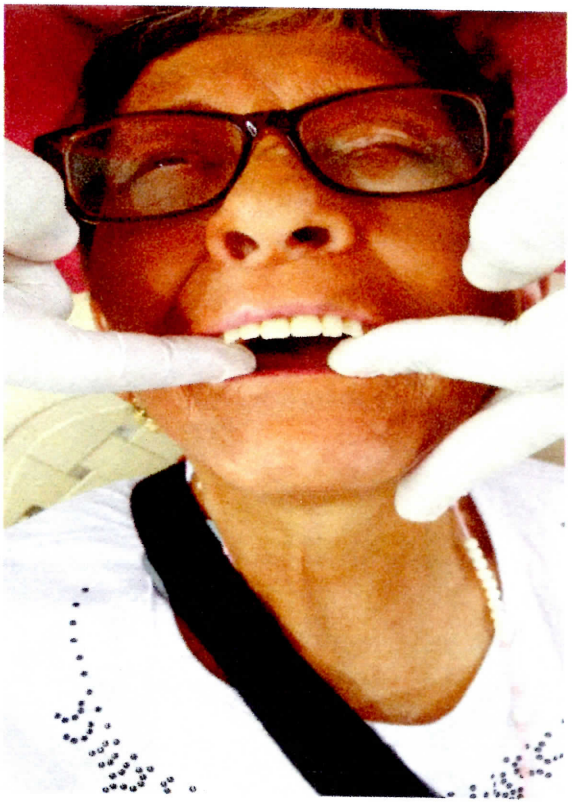
DIRECCION CRA 19BIS 22B 22

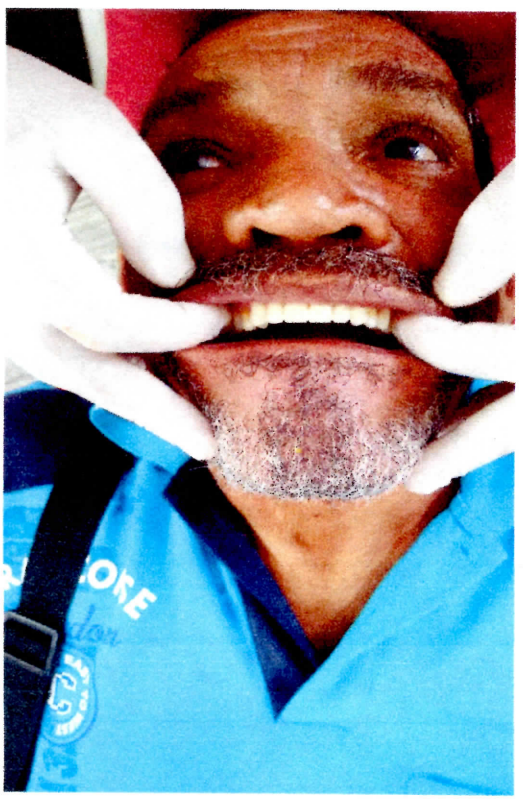
CELULAR 3155069050



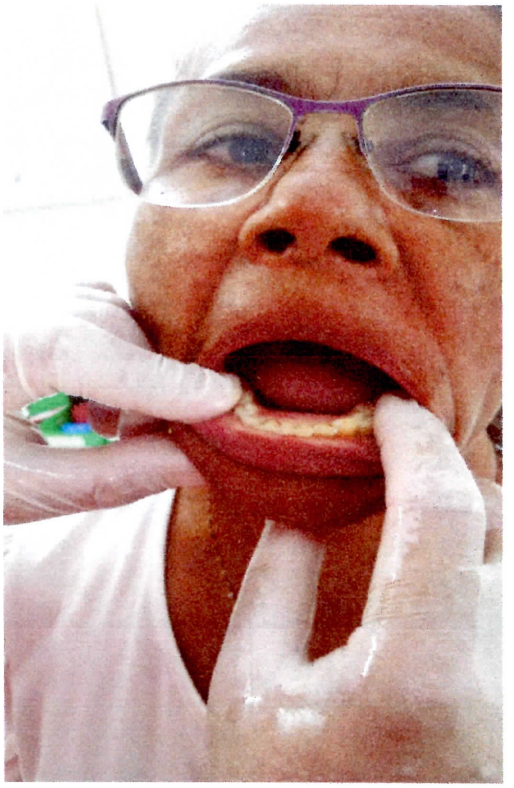




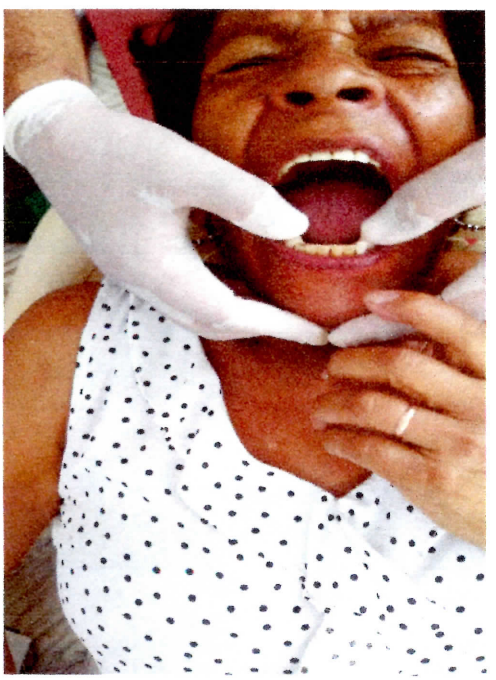


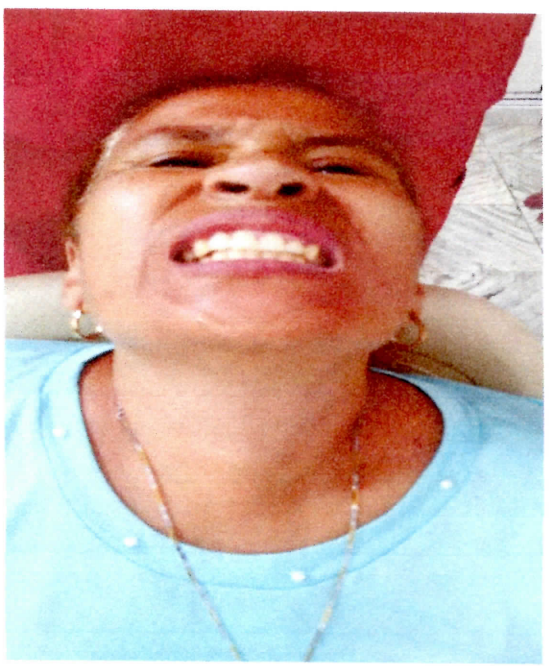


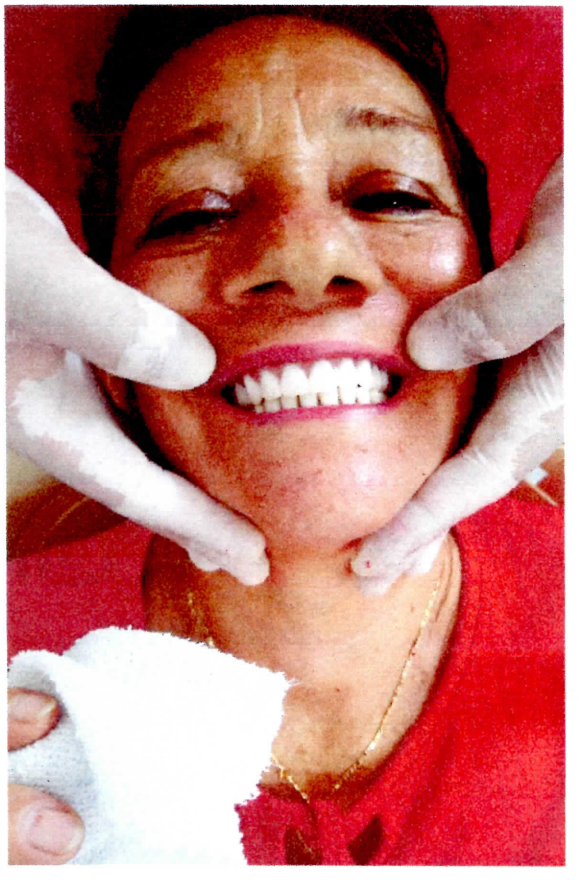




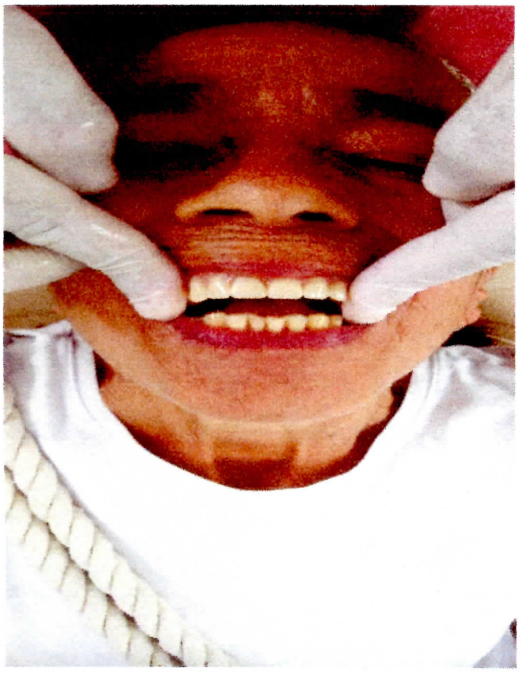


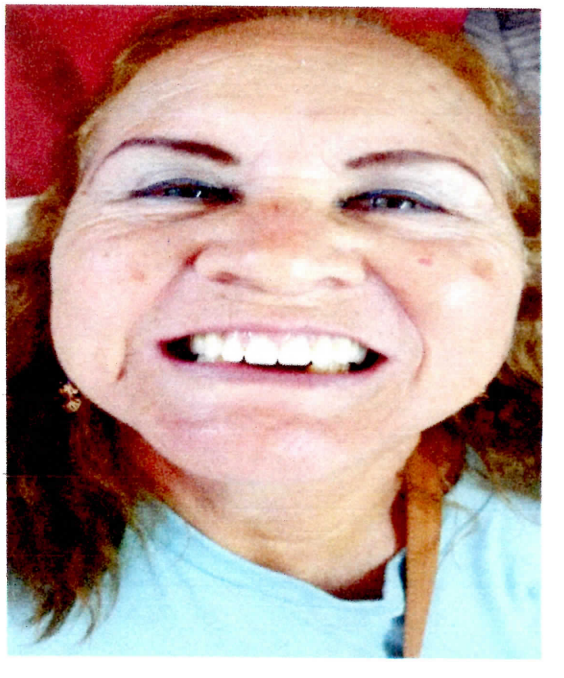


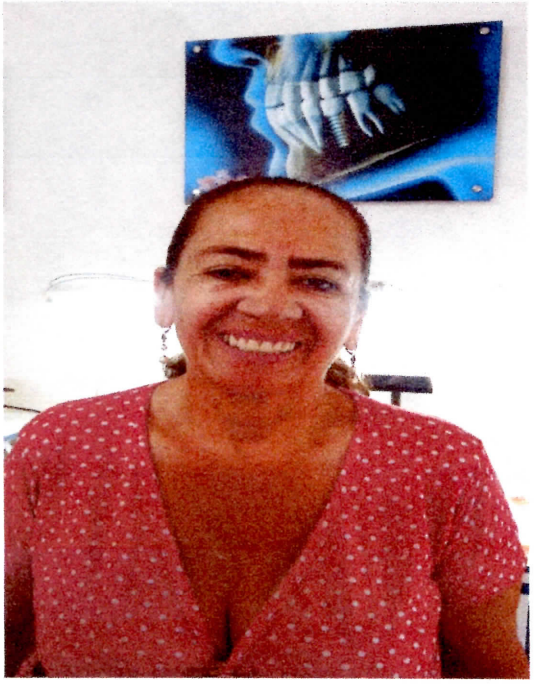






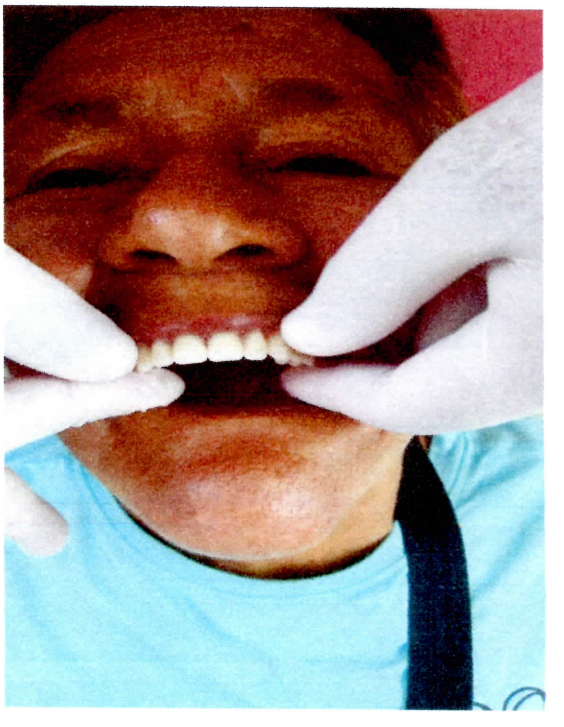




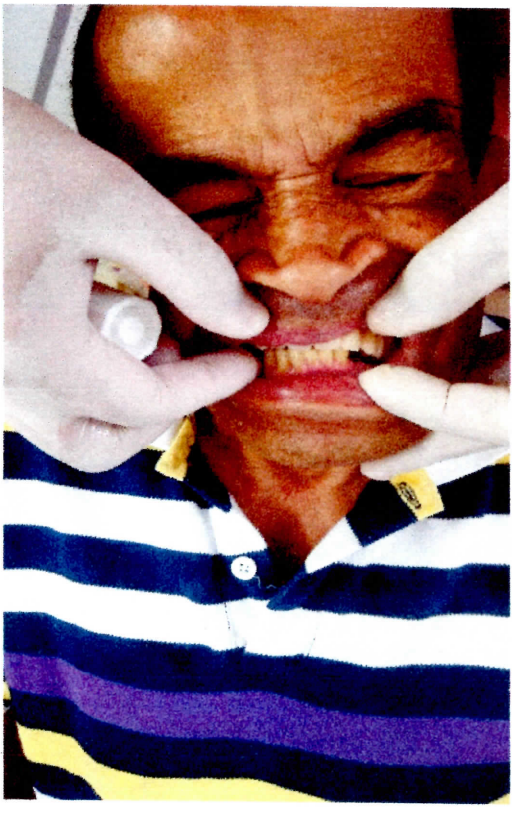




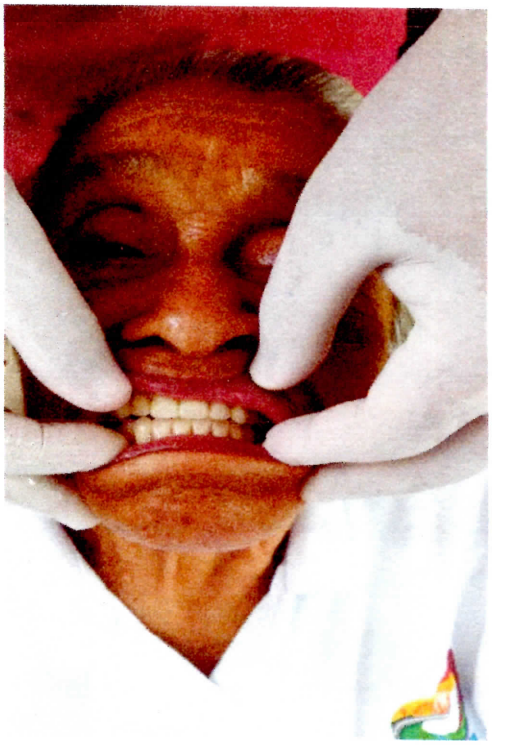






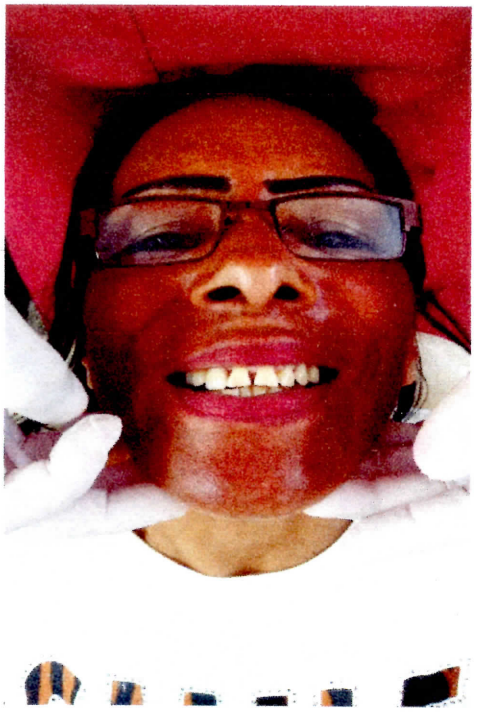












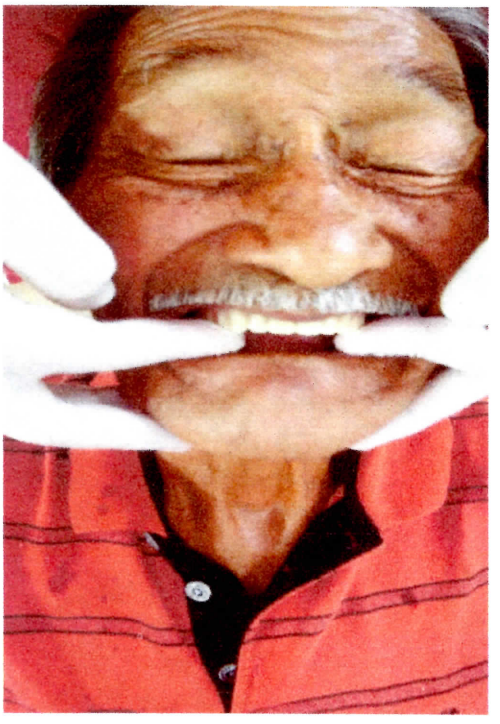




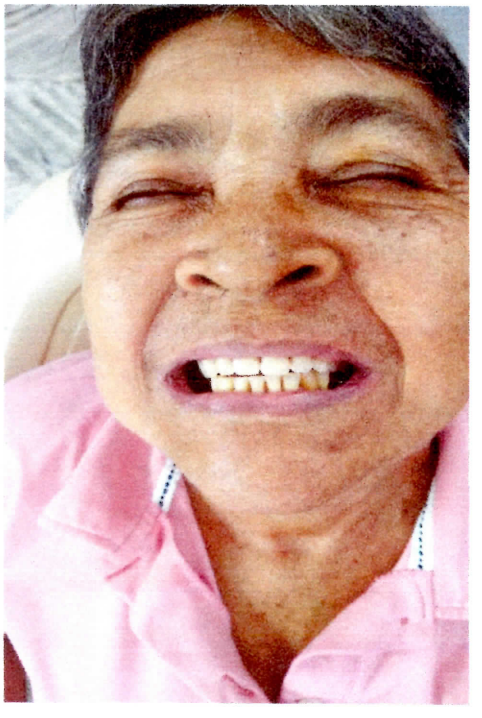




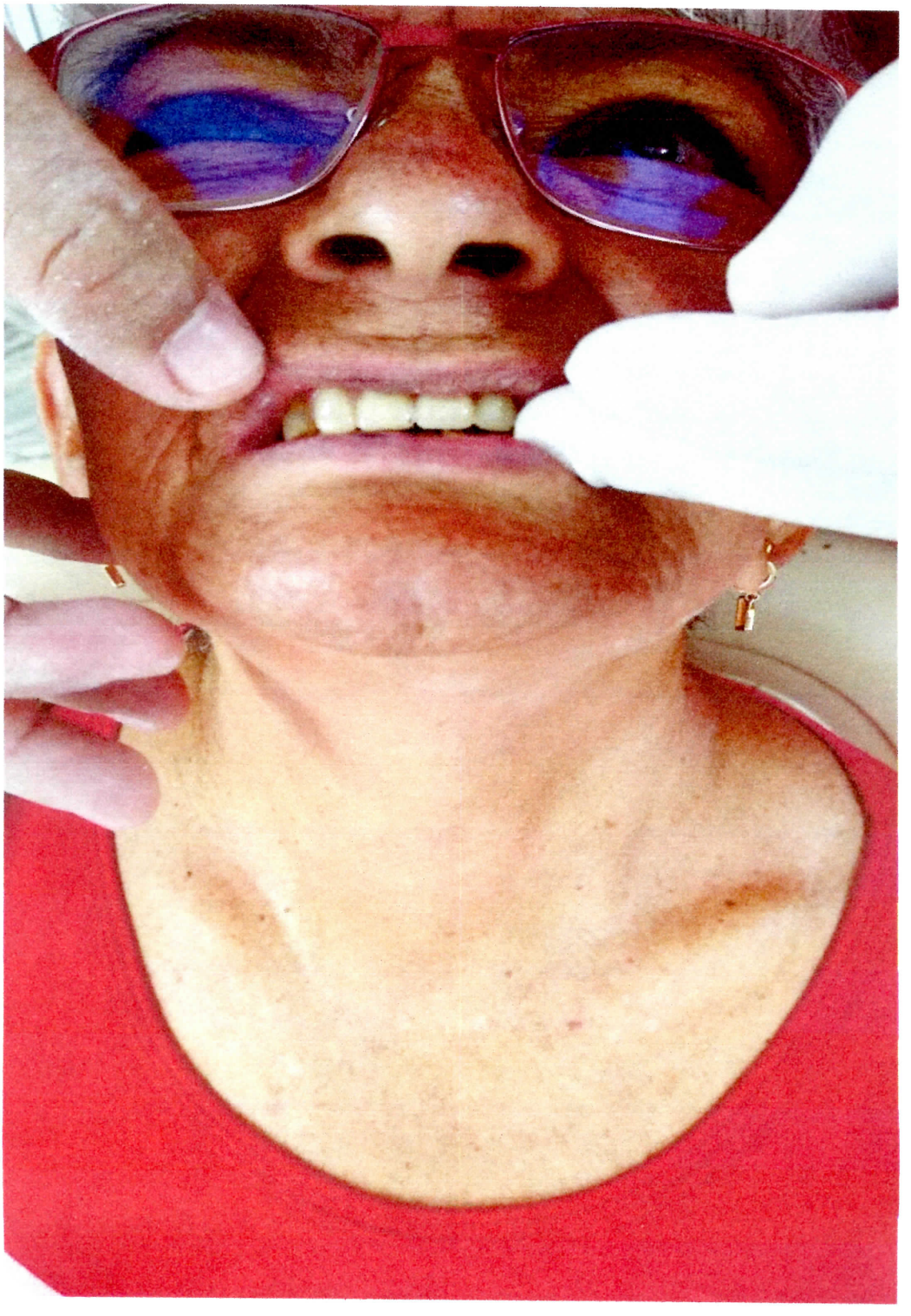












CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Maria Elena Penaranda

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 29 277 776, mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieren con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

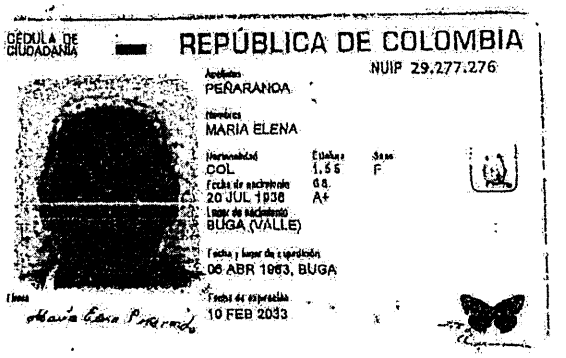
CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Maria Elena Penaranda

Firma del paciente o representante

Cédula número



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 29.277.276

Apellidos
PEÑARANDA

Nombres
MARIA ELENA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.55

Sexo
F

Fecha de nacimiento
20 JUL 1936

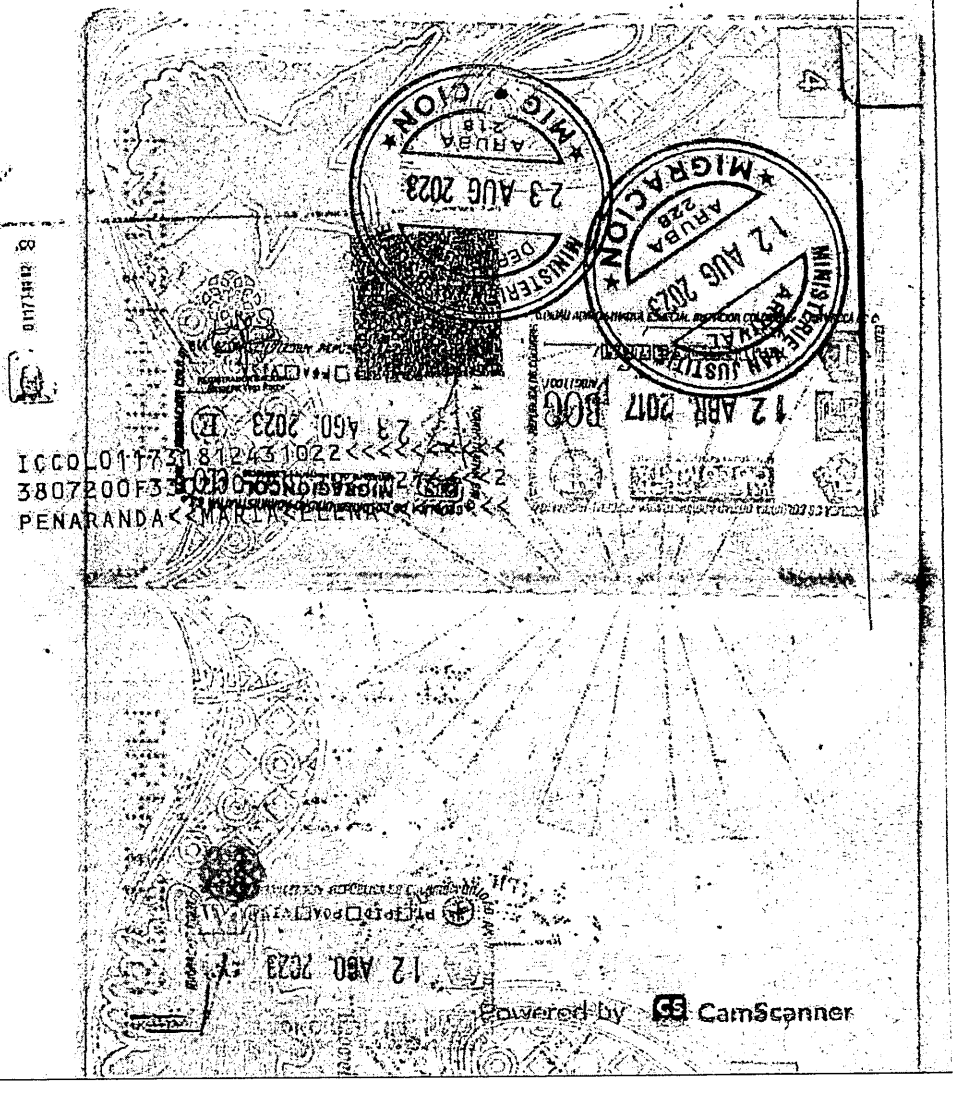
Grupo sanguíneo
A+

Lugar de nacimiento
BUGA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
06 ABR 1963, BUGA

Firma

Fecha de expiración
10 FEB 2033



ICCOL0117318124310 22<<<<<<<<<<<<
3807200F3302107COL<<<<<<<<<<<2
PEÑARANDA<<MARIA<ELENA<<<<<<<<

Powered by CamScanner

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE María Elena Peñaranda. DOCUMENTO No 29.277.276.

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 9Bis # 19-57 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE _____ E-MAIL _____

FECHA DE NACIMIENTO 20 Junio 1938 EDAD 86 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE _____ LUGAR DE TRABAJO _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE _____ PARENTESCO _____

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No _____ CELULAR DEL REPRESENTANTE _____

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE _____ CIUDAD _____ DEPTO _____

MOTIVO DE CONSULTA Prótesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁTICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión .		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias	X	Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos _____

Observaciones Ninguna.

Última visita al odontó

Tratamiento realizado

Experiencias y compo

Detalle de notificación
El dinero que enviaste ya llegó
2024-12-03, 10:54 h
X

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXAMEN DENTAL

Tipo de dentición _____ Dientes en erupción _____ Dientes ausentes _____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental _____

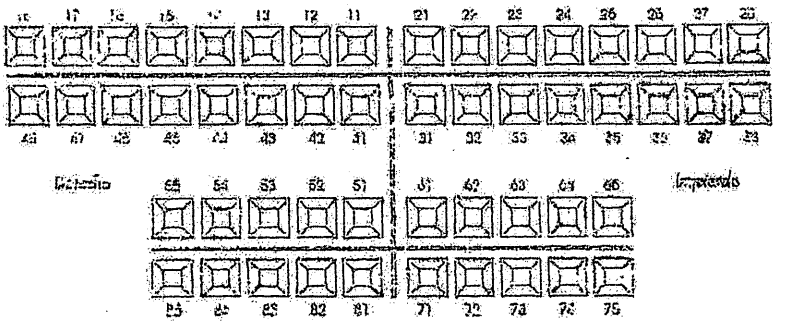
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental _____

Anomalías dentarias de número _____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño _____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	△	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	toma impresión inferior total.	María Elena Pinzón
12	09	24	prueba rodete Color A2	María Elena Pinzón
12	12	24	Prueba enfilado	María Elena Pinzón

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE UB. CALIMAX FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Gloria Lizarazo DOCUMENTO No 29.291.145

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Urbanización CIUDAD Dagua DEPTO VALLE

CELULAR DEL PACIENTE 317.651.3088. E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 10 Feb. 1959 EDAD 65. GÉNERO M X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA Proyecto Dentales Superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias	X	Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	X
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisures		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

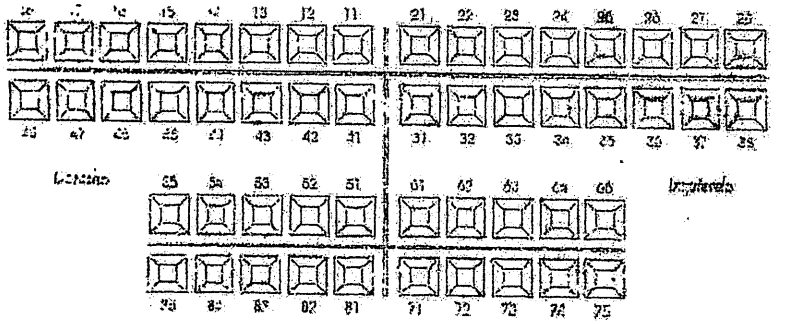
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar	-----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.231.415

LIZARAZO

APELLIDOS

GLADYS

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-1959

TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

27-SEP-1990 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3102200-00157040-F-0029291415-20090520 0011599540A 1 3090007673

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
05	12	24	prótesis superior total toma impresión	

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Edelmira Espinoza Zemanate

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 31.209 018 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente nombradas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y no ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Edelmira Espinoza

Firma del paciente o representante

Cédula número

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma prótesis superior parcial Impresión	X Eduardo Espinosa
12	09	24	prueba rodete color A3.5	X Eduardo Espinosa
12	13	24	Prueba enfilado	X Eduardo Espinosa

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Fidelmira Espinoza. Zarama DOCUMENTO No 31209.018

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 5 # 2-52 CIUDAD Alcalá. DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 315 977 4156 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 24 Diciembre 1948 EDAD 75 GÉNERO M F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA Protesis dental. Superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones Sangre espesa.

Ultima visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Osofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

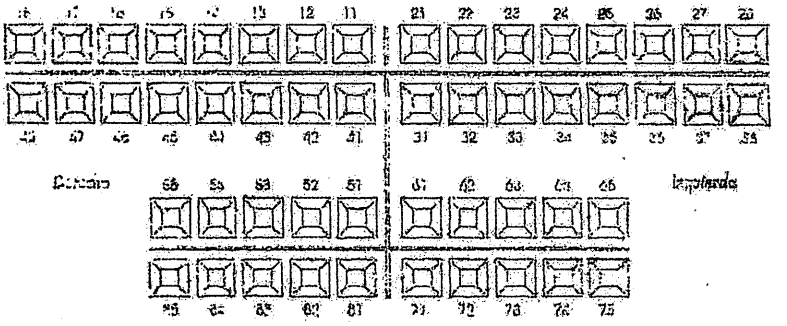
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar	— ·	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	△	Rojo
Sellante presente	·	Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	——	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	○	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	○	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	○	Rojo

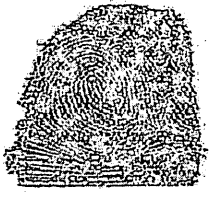
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
31.209.018
NUMERO

ESPINOZA ZEMANATE
APELLIDOS

FABIOLA
NOMBRES



FIRMA



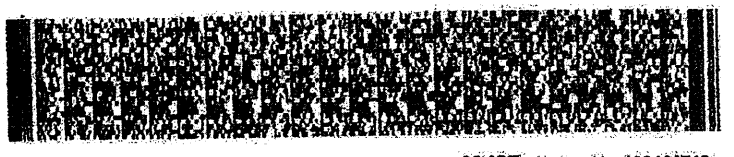
FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1948
LA VEGA
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

06-OCT-1970 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALEXANDRA PATRICIA BENAVIDES LOPEZ

INDICE DERECHO



R-3100100-8518893-F-0031209018-20051115 02497 05319A 02 190461743

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Rosa Melba Martinez

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 29.940.464 mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales, libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieren con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor,
b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Rosa Martinez

Firma del paciente o representante

Cédula número

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Rosanelba Martinez DOCUMENTO No 29.540.464

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 7C # 31C-39 CIUDAD Bga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 300 419 8288 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 07 Mayo 1962 EDAD 62 GÉNERO M F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA protesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones Forbomdolgia, Invisalos

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

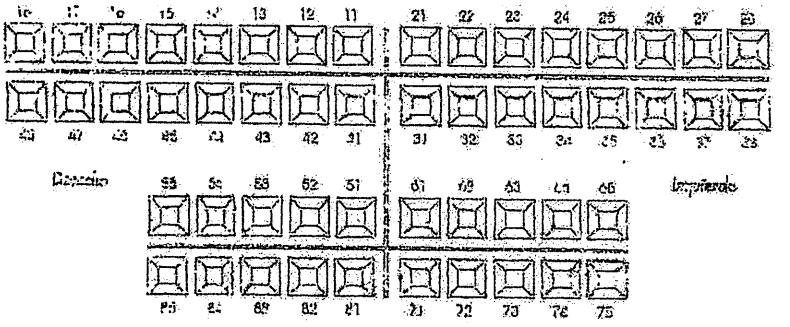
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma_____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones_____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prótesis parcial superior	Rosa Martínez
12	09	24	Prueba Rodeth color A2	Rosa Martínez
12	12	24	Prueba en Molde	Rosa Martínez

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.540.464

MARTINEZ
APELLIDOS

ROSA MELBA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 07-MAY-1962
EL ROSARIO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 ESTATURA | B+ G.S. RH | F SEXO

15-NOV-1988 GUACARI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3102200-00686306-F-0029540464-20150414 0043858191A 1 3083318947

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo. María fidela Sánchez

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 41 396 628 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que ..

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) encía que no puede soportar la presión y resulte en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

X 6/10/2022

Firma del paciente o representante
Cédula número

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE María Fidela Sánchez DOCUMENTO No 41796628

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 19 # 8-22 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 316 289 8401 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 22 abril 1954 EDAD 70 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias	X	Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión .		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones acetaminofen alergico.

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Marca	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXAMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

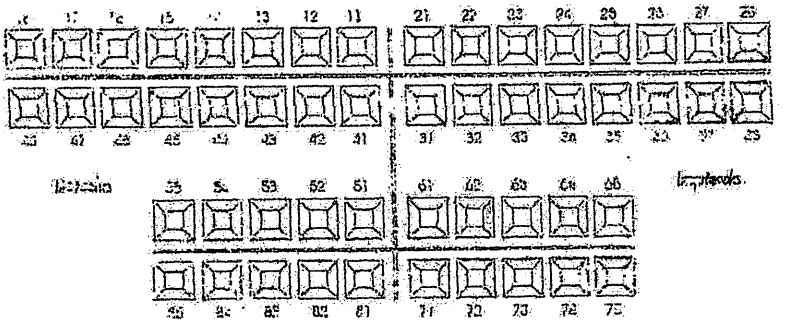
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prótesis parcial inferior.	
16	09	24	Prueba Rodete Color A.3.5	
12	12	24	Prueba enfilado.	

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 41.796.628
TROCHEZ

APELLIDOS
MARIA FIDELA

NOMBRES

FIRMA



70



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1954
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
27-NOV-1978 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3102200-00041501-F-0041795628-20060807 0001878355A 1 3080013302

316.28 98401

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Melba Mafara Cabrantes

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38 851 293 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente: por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adolecidos y/o con dolor; b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del ganchos;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pase el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que los he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **38.851.293**
VIAFARA CIFUENTES

APELLIDOS
MELBA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-ENE-1953**
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

16-SEP-1974 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-3102200-00041461-F-0038851293-20080807 0001875546A 1 3090003228

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oralmar FECHA 05.12.24

NOMBRE DEL PACIENTE Melba Hafara Cifuentes DOCUMENTO No 38.851.293

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 14 # 28-20 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 315 290 9025 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 26 Enero 1953 EDAD 71 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental Inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Osofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de denticion_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

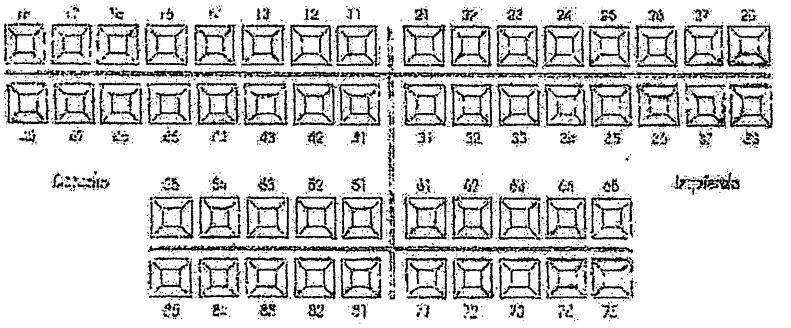
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número:_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	⟨X⟩	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	△	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M	D	A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	05	24	Toma impresión prótesis parcial inferior.	Camilo Becerra
12	09	24	prueba de rodete color A1	Camila Becerra
12	12	24	Prueba ~~en~~ definitivo	Camila Becerra

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo. Aida Padilla Acevedo

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.874.000 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros, (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número

3177847901

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
PADILLA ACEVEDO

NUIP 38.874.000

Nombres
AIDA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.49

Sexo
F

Fecha de nacimiento
05 JUL 1953

A+

Lugar de nacimiento
SEVILLA (VALLE)

Fecha y lugar de expedición
28 NOV 1990, BUGA

Firma

NO FIRMA

Fecha de expiración
14 MAYO 2034

.CO

046415198

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL046415198631022<<<<<<<<<<<
5307058F3405145COL38874000<<<8
PADILLA<ACEVEDO<<AIDA<<<<<<<<<<

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

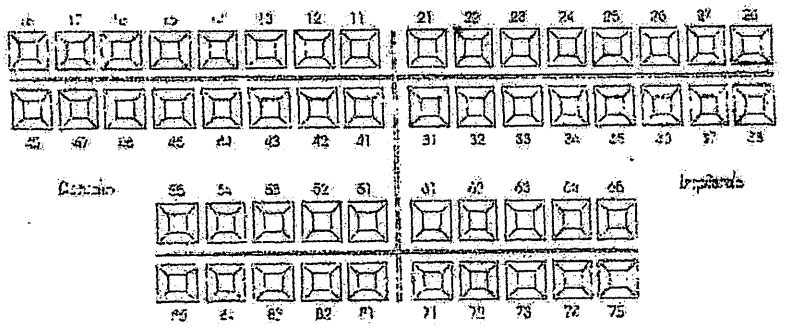
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente	S	Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Arda. Padilla Acevedo DOCUMENTO No 38.874.000

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 30 # 11-12. CIUDAD Buga DEPTO

CELULAR DEL PACIENTE 317 784 7901 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 05 Julio 1953. EDAD 71 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA Protesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M D A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12 05 24	Toma impresión total superior.	X
12 09 24	Prueba frente protesis superior. Color A2	X
12 12 24	Prueba enfilado.	X
	18-12-24 entrega	

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Maria Rubisbel Vargas

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.853.449 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a, a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor; b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La reabsorción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelvan flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Maria R Vargas

Firma del paciente o representante
Cédula número



NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M	FECHA D	FECHA A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	05	24	Toma impresión protesis parcial Inferior.	x Maria R Vargas
12	09	24	Prueba rodetes. Color A2	x Maria R Vargas
12	12	24	Prueba enfilado	x Maria R Vargas

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Mayo FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE María Rubisbel Vargas DOCUMENTO No 38.853.499

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 76 # 27-05 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 3228550796 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 22 abril 1957 EDAD 67 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁTICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones INSUFICIENCIA Renal

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

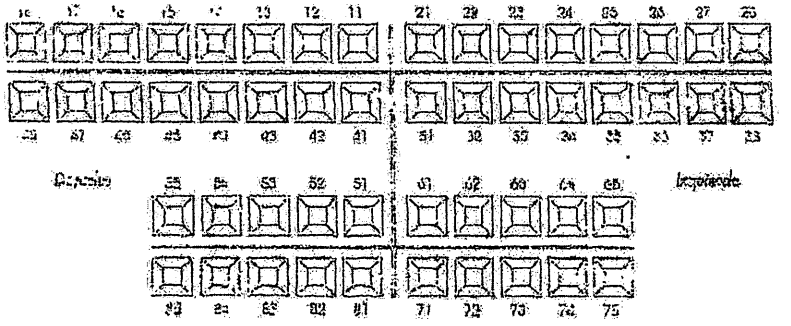
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado	■	Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	Δ	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado	-	Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

3228550196

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38853449

VARGAS
APELLIDOS

MARIA RUBISBEL
NOMBRES

M. Rubisbel Vargas
FIRMA



(6)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1957
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

07-OCT-1976 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-3102200-66096212-F-0038853449-20020208 02103 02037A 02 120674184

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Esther Julia Torres

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38 853 414, mayor de edad y y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a: a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor; b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros, (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte encoge. Las prótesis no cambian o menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Esther Torres

Firma del paciente o representante

Cédula número

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab- Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Ester julia torres

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 31c # 15-20 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 315 269 1976 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 01 Nov. 1957 EDAD 67 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA profesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vagales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXAMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

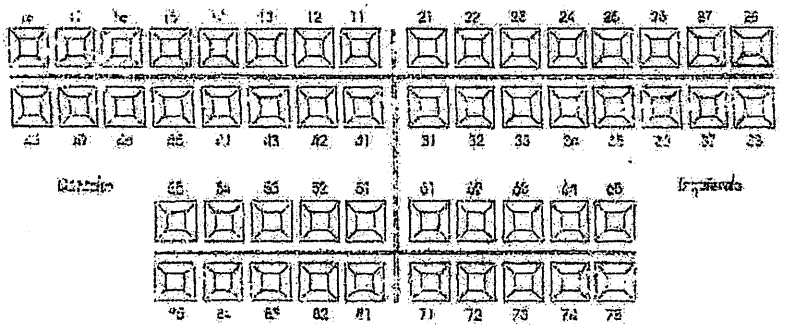
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL _____

FECHA M	D	A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	05	24	Toma impresión protesis total superior	[illegible]
12	09	24	Prueba de rodete cera AO	[illegible]
12	12	24	Prueba terminado	[illegible]

18-12-24

Entrega

[illegible]



3152691076

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.853.411

TORRES

APELLIDOS

ESTHER JULIA

NOMBRES

FIRMA

(67)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 01-NOV-1957
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-OCT-1976 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3102200-00182586-F-0038853411-20091002 0016770416A 2 3090002772

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE
Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Gloria Patricia Lozano

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38813493, mayor de edad y y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____ _____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a: a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor; b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La reabsorción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras. (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Gloria P. Lozano
Firma del paciente o representante
Cédula número

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmaxo FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Gloria Patricia Cozano DOCUMENTO No 38.873493

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 19 # 22-45 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 317 251 2461 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 11 febrero 1972 EDAD 52 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental Inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguineas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

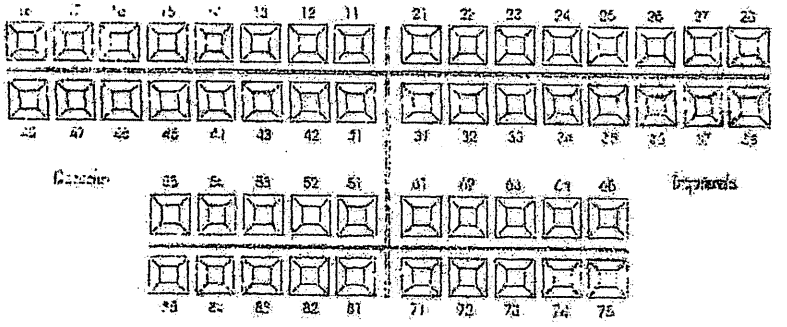
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma_____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámen	Conv.	Color
Cariado	■	Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	/\	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	○	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	○	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	%	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL _____

FECHA M	FECHA D	FECHA A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	05	24	Toma impresión prótesis parcial inferior	[illegible]
12	09	24	Prueba rodete color A2	[illegible]
12	12	24	Prueba en fluido	[illegible]
			18-12-24. Entrega	[illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 38.873.493
LOZANO VALENCIA

APELLIDOS
GLORIA PATRICIA

NOMBRES



FIRMA



FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO 11-FEB-1972
BUGA
(VALLE)

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-AGO-1990 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JEFE DIVISIÓN DE CEDULACIÓN

A-3402200-00080753-F 0038271493-20170209 0053469951A 1 3004299812

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Lezdary Patiño

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.852.735 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones.

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos puedan volverse flojos, adoloridos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis. Un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros. (2) La retracción de la encía, lo cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de esta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva.

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Lz Dary Patiño

Firma del paciente o representante

Cédula número

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPORMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

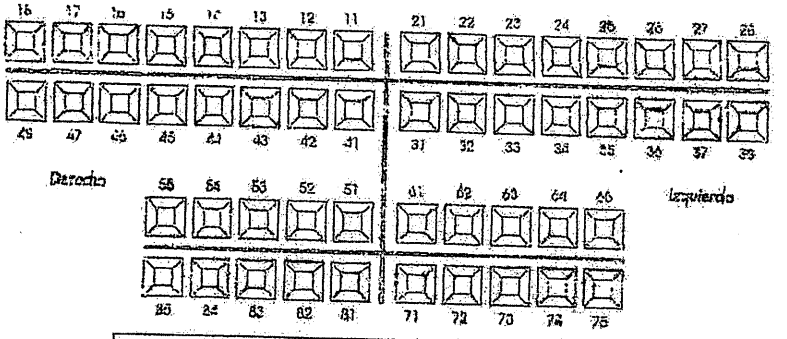
EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Osofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____
Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____
Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____
Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____
Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado		Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral mayo FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Luzdary Patiño DOCUMENTO No 38 852735

DIRECCIÓN DEL PACIENTE cll 22a # 12-40 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 315 451 2769. E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 25 agosto 1956 EDAD 68. GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ C.C _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prodesis parcial superior	Yuly Daisy Palacios
12	09	24	Prueba modelo color C1	Yuly Daisy Palacios
12	12	24	Prueba entregado	Yuly Daisy Palacios

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE
Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Tito Freddy Gallardo Ubaldo

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 14 875 764, mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente: por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que ..

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieren con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos puedan volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

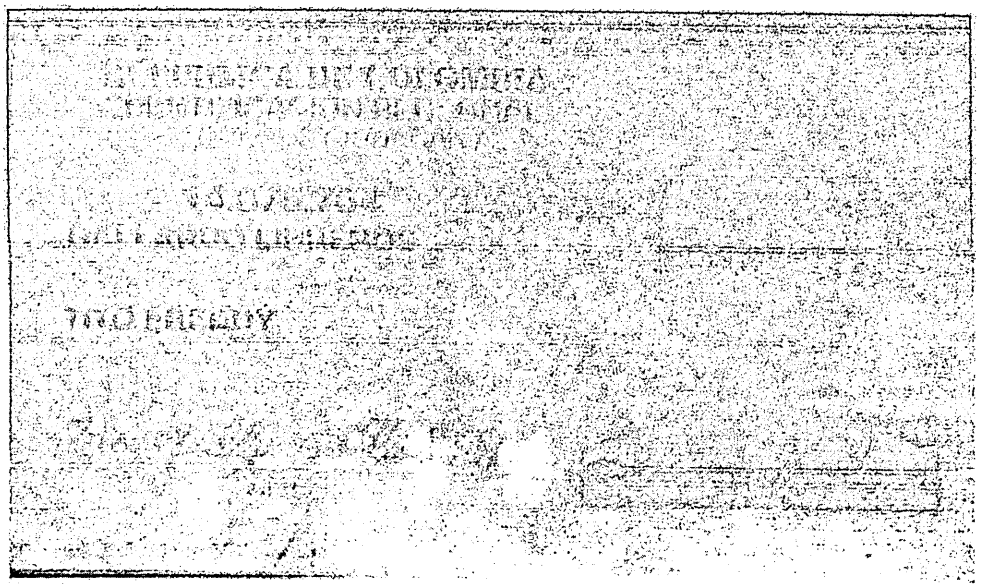
Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Tito Freddy Gallardo U.

Firma del paciente o representante
Cedula número




21 NOV 1957
BUGA
(VALLE)
1.73
O+
M
17 ENE 1976 BUGA
3080104747

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación. Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

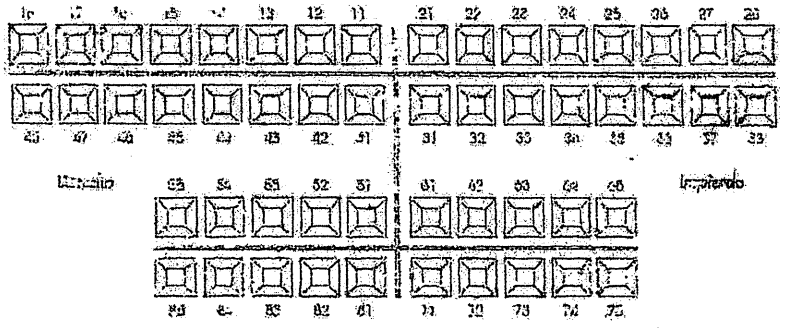
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Tito Freddy Gallardo DOCUMENTO No 14 875764

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 4 # 7-40 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 315 7736945 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 21 nov. 1957 EDAD 67 GÉNERO M X F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁMICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prótesis parcial superior.	Yuto Yuddy Caballero
12	09	24	prueba rodete cera AY	Yuto Yuddy 6-2

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Maria Marlene Rios Gomez

identificado (a) con cedula de ciudadania número 29.134.813, mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales, libre y conciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encia que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc.los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La reabsorción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes de porcelana como parte de la prótesis. o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebaseadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

P.M: Maria Rios G.

Firma del paciente o representante

Cédula número



(66)

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **29.134.813**

RIOS GOMEZ

APELLIDOS

MARIA MARLENE

NOMBRES

María Marlene Ríos Gomez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-MAY-1958**
CORINTO
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

09-DIC-1979 ALCALA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-3102200-01063675-F-0029134813-20190222 0064605692A 1 3085304687

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE María Marlene Ríos Gómez DOCUMENTO No. 29.134.813

DIRECCION DEL PACIENTE Cra 14b # 28-25 CIUDAD Bugal DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 316.721 2454 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 05 Mayo 1958. EDAD 66 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Side		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Ultima visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular ____ Confluente ____ Cambio de volumen ____

Bloqueo mandibular ____ Limitación de apertura ____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra ____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Osofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

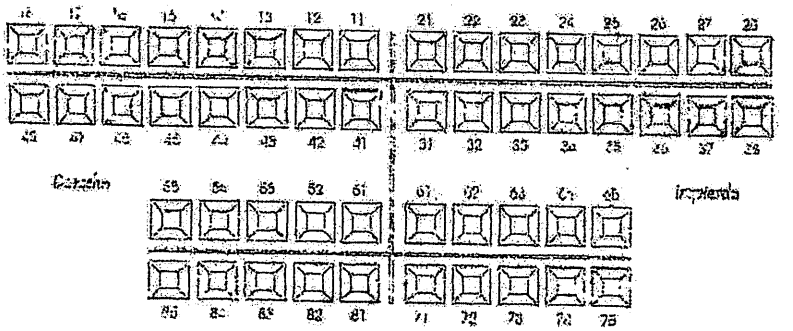
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	△	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

[redacted]MBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	toma impresión prótesis total superior	xM: Maribel R.S.C
12	09	24	prueba Rodaje. color A3	xM: Maribel R.S.C
12	12	24	Prueba en Hilado	xM: Maribel Rodríguez

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Jaime Ceballos Vargas.

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 6-457-382, mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte mengua. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 6.457.582
CEBALLOS VARGAS
APELLIDOS
JAIME
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1964
SEVILLA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58
ESTATURA
A-
G.S. RH
M
SEXO
01-ABR-1978 SEVILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
A-01H1900-00013801-M-0006457582-20060610 0001359243A.1 3160000447

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Jaime Ceballos Vargas DOCUMENTO No 6.457.382

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 11 # 8E-12 CIUDAD Bugal DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 315 386 5628 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 25 enero 1954 EDAD 70 GÉNERO M X F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

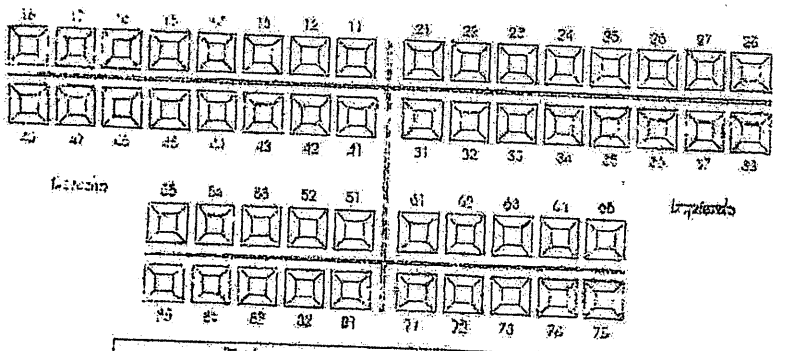
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	08	24	Toma impresión prótesis total superior	
12	09	24	Prueba Rodete prótesis superior. Color A2	
12	12	24	Prueba enfilado	

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE
Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Maria Ofelia Villa Arenas

identificado (a) con cedula de ciudadanía número 24.355.121, mayor de edad y y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____ _____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del presente escrito y en tales condiciones.

DECLARO

Que ..

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número

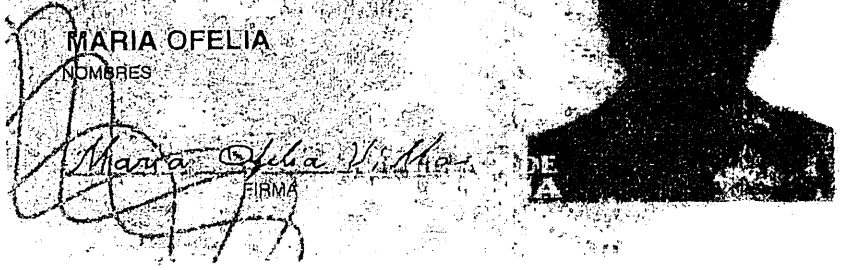
3012640385

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 24.755.121

VILLA ARENAS
APELLIDOS

MARIA OFELIA
NOMBRES



FIRMA



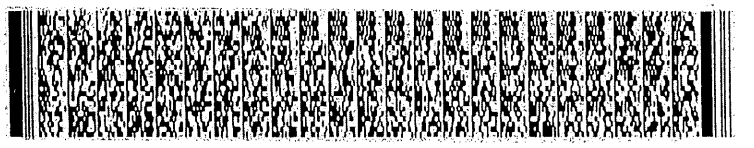
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-MAY-1945
MANZANARES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

10-NOV-1966 MARQUETALIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-3102200-00822531-F-0024755121-20160505 0049632904A 1 3083897809

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE María Ofelia Villa Arenas DOCUMENTO No 24.355.121

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Calle 4B1 sur # 1304 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 301 264 0385 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 14 Mayo 1945 EDAD 79 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA Prótesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones Amordes

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

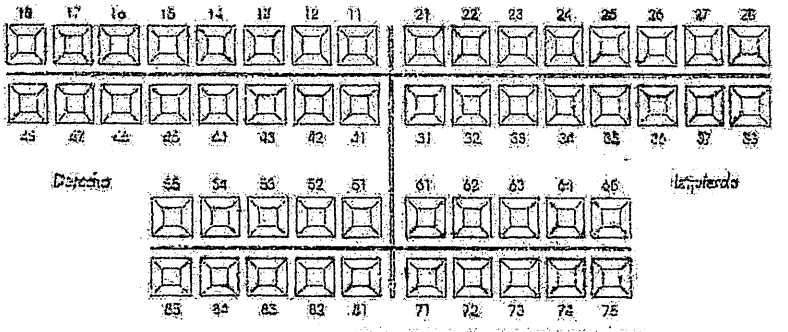
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma_____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado	■	Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	▲	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	O	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M	FECHA D	FECHA A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	05	24	toma impresión protesis superior	X Ofelia Vila
12	09	24	prueba rodete color A2	X Ofelia Vila
12	12	24	Prueba en Acrilico	X Ofelia Vila

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Laura Ariana Cortes Davila

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 31.189.200 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, carrillos etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y fisiológicos interfieren con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a: a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adolorirse y/o con dolor; b) Estos dientes pueden desarrollar caries o ensanchar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La reabsorción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre los dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pueden haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes de porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y nos rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de éstos.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte resorbida y las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la acrilado. Cuando las prótesis se aflojan se necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries. trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante

Cédula número

3188599686

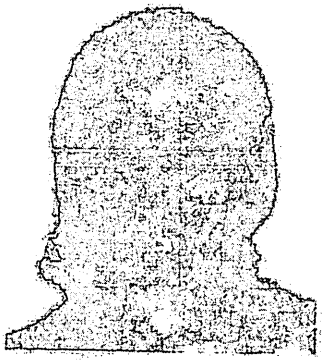
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.189.200
CORTES DAVILA

APELLIDOS
LAURA SUSANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 17-AGO-1954
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

02-OCT-1975 TULUA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3105500-00041241-F-0031189200-20080807 0001869503A 1 3140011583

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral vive FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Laura Susana Cortes. DOCUMENTO No 31.189.200.

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 15ª # 31-30 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 318 859 9686. E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 17 agosto 1954 EDAD 70 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁNGOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M D A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12 05 24	Toma impresión para parcial superior	Juana S. C.
12 09 24	Prueba modelo color B3	Juana S. C.

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Raul Marmolejo

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 14872227, mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

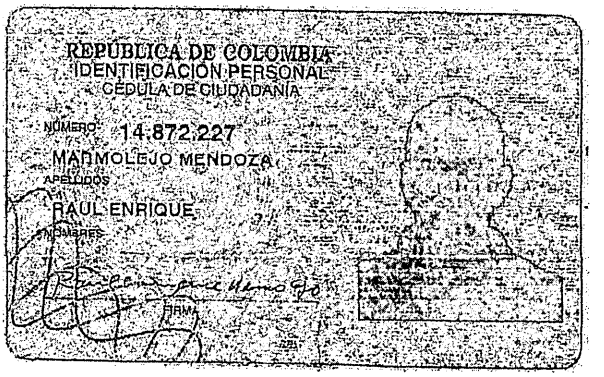
1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc.los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a :
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojen por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva.

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida.

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 14.872.227

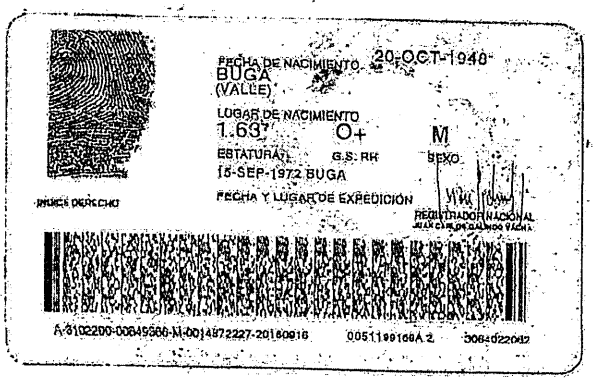
MANMOLEJO MENDOZA

APELLIDOS

RAUL ENRIQUE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1946
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
15-SEP-1972 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-3102200-00849300-M-0014872227-20160916 0051199169A 2 3064022042

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Raul Marmolejo, DOCUMENTO No 14 872 227

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Zarzo Alvarado calle 23 CIUDAD _____ DEPTO _____

CELULAR DEL PACIENTE 318 459 2180 E-MAIL _____

FECHA DE NACIMIENTO 20 octubre 1948 EDAD 76 GÉNERO M F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE _____ LUGAR DE TRABAJO _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE _____ PARENTESCO _____

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No _____ CELULAR DEL REPRESENTANTE _____

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE _____ CIUDAD _____ DEPTO _____

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior,

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos _____

Observaciones _____

Última visita al odontólogo _____

Tratamiento realizado _____

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento _____

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructuras	Sano	Estructuras	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

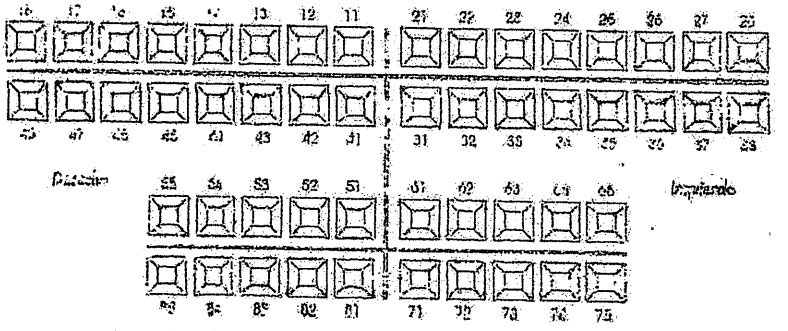
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones_____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M D A	DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLOGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12 05 24	Toma impresión prótesis parcial superior	
12 09 24	Prueba rodete color A3	
12 12 24	Prueba cerrado	

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Edilma Rosa Mapura

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 29.298 371 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente: por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluyen riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y factos que interfieren con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que estos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y con rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

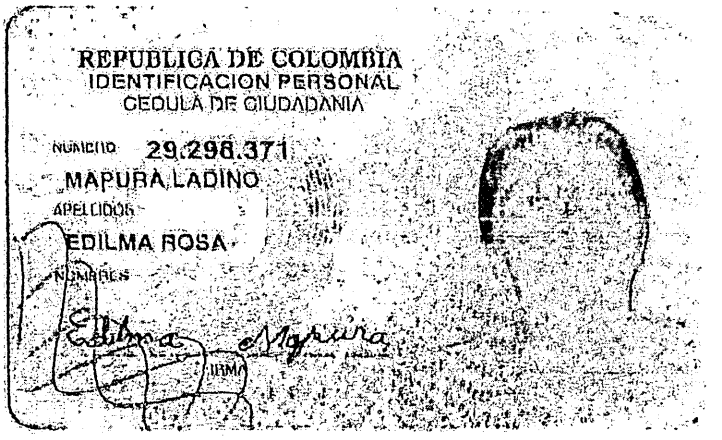
CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Edilma Mapura

Firma del paciente o representante

Cédula número



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.298.371
MAPURA LADINO
APELLIDOS
EDILMA ROSA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1950
GUATICA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.43 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
01-JUN-1972 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-3102200-00144973-F-0029298371-20081231 0009247467A 1 3000000564

Powered by CamScanner

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral maxo FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Edilma Rosa Mapura. DOCUMENTO No 29.298.371

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Sonsito Vereda. CIUDAD Buga. DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE _____ E-MAIL _____

FECHA DE NACIMIENTO 14 Enero 1970 EDAD 54 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE _____ LUGAR DE TRABAJO _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE _____ PARENTESCO _____

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No _____ CELULAR DEL REPRESENTANTE _____

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE _____ CIUDAD _____ DEPTO _____

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión .		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otres patologías o antecedentes odontológicos o médicos _____

Observaciones Ninguno.

Última visita al odontólogo _____

Tratamiento realizado _____

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento _____

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición: _____ Dientes en erupción _____ Dientes ausentes _____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental _____

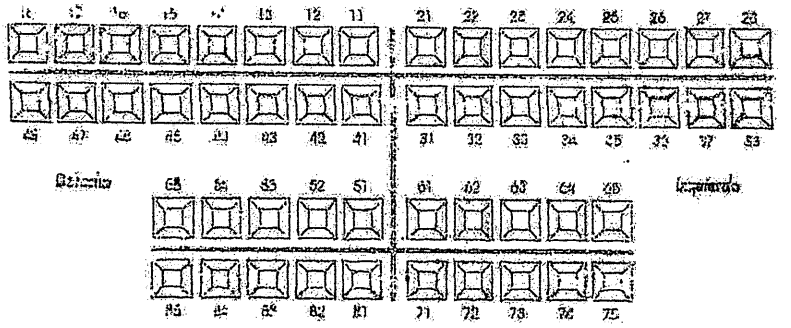
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental _____

Anomalías dentarias de número _____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño _____

Anormalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión provisional superior.	Edilma Migueles
12	09	24	Prueba rodete Cobr A3	Edilma Migueles
12	12	24	prueba enfilado	Edilma Migueles

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Tulio Enrique Cuellar

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 14 875 157 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adolecidos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros, (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Tulio

Firma del paciente o representante
Cédula número

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Tulio Enrique Cuellar, DOCUMENTO No 14.875.157

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Calle 12 # 2-16 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 316 417 44 90 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 08 agosto 1954 EDAD 60 GÉNERO M X F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA Protesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

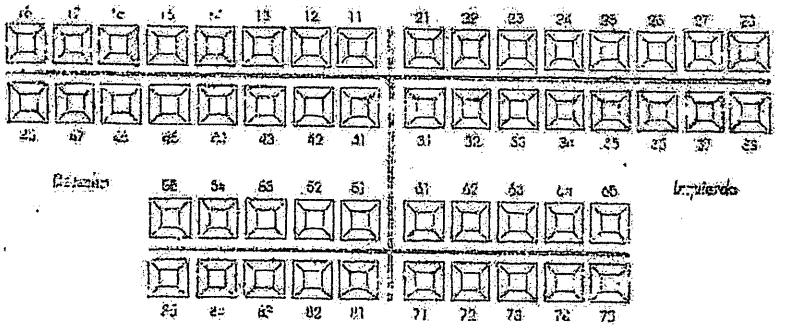
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA

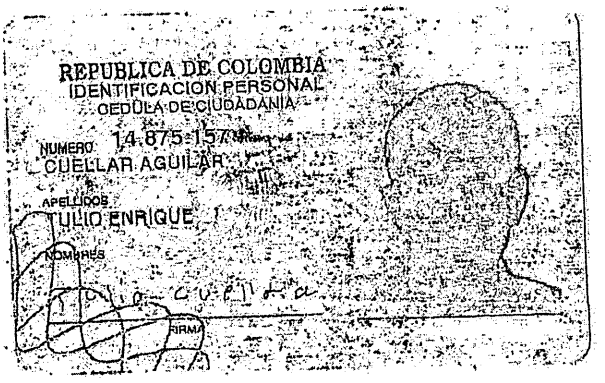


Exámen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M	FECHA D	FECHA A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	03	24	Toma Impresion prodesis parcial superior	X Tulio Cuello
12	09	24	Prueba rodete Color A3	X Tulio
12	12	24	Prueba entregada	X Tulio Cuello



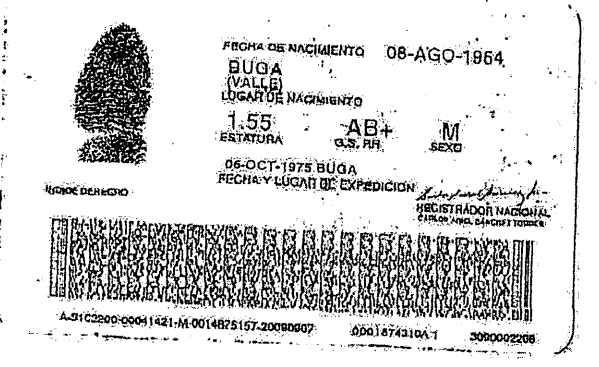
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 14.875.157

APELLIDOS
CUELLAR AGUILAR

NOMBRES
TULIO ENRIQUE

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 08-AGO-1964
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

AB+
G.S. RH

M
SEXO

06-OCT-1975 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-31C2200-00041421-M-0014875157-20080807 0001874310A-1 3080002206

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Segunda edelmira Benitez lopez

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 29.280236 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no provean un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adapten a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas paladofónicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que estos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor.
b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están; (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

x Segunda Benitez

Firma del paciente o representante
Cédula número

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab Ordonez FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Segunda Edelmira Benitez DOCUMENTO No 229.228.236

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 35A #11A-06 CIUDAD Cali DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 318 291 4788 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 06 Febrero 1946 EDAD 76 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental Inferior e superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

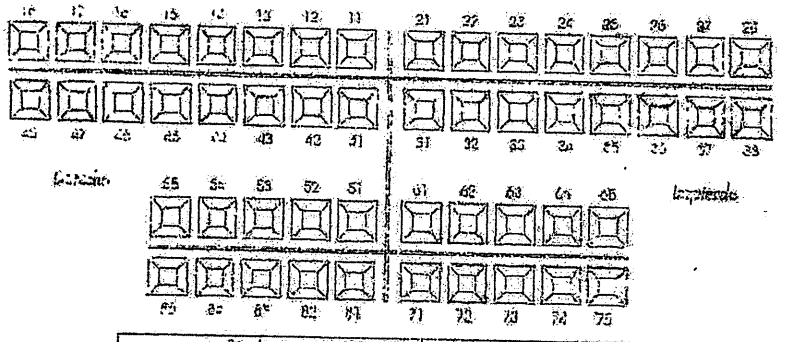
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma_____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar	—	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	—	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

REPÚBLICA DE COLOMBIA

28.280.236

DARNIEZ LOPEZ

SEGUNDA EDELMIRA

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-FEB-1946

MERCADERES
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.47
ESTATURA

B+
G.S. RH

F
SEXO

02-MAY-1968 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

NOMBRE DEL PACIENTE _____ CC _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prótesis total inferior superior urgencias	Segunda Piso
12	09	24	prueba dientes color A1	Segunda Piso
12	17	24	prueba en blanco	Segunda Piso

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Lucila Ospina Mondoya

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.860 041 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente: por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido donadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la cresta de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitarán ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Lucila Ospina

Firma del paciente o representante
Cédula número







NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión. prótesis total inferior-	x Jacela Agudelo
12	09	24	prueba rodete Color A. 3	x Jacela Agudelo
12	12	24	prueba encerado	x Jacela Agudelo

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Lucila. Ospina Montoya DOCUMENTO No 38.860.091

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 26ª # 11.41 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 321 737 1383. E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 11. Oct. 1949 EDAD 74 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

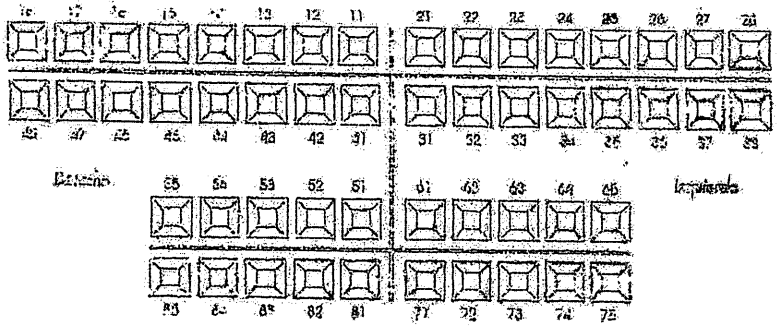
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo Nelly Barbosa Calle.

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.859.842 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc.los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adolorirlos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho,(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelvan flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Nelly Barbosa
Firma del paciente o representante
Cédula número

3218359358

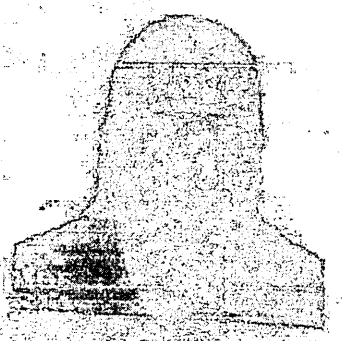
REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.859.842

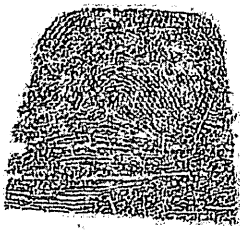
BARBOSA DE CALLE
APELLIDOS

NELLY
NOMBRES

Nelly Barbosa
FIRMA



(C5)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-OCT-1959
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-DIC-1979 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-3102200-68145898-F-0038859842-20060410 03231 06100A 02 204868801

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Nelly Barbosa de Calle. DOCUMENTO No 38.859.842

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Calle 20 # 18-67 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 3218359358 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 19 octubre. 1959 EDAD 65 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁTICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Osofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

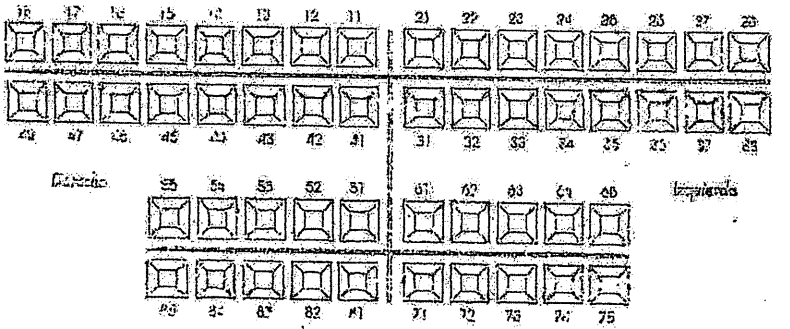
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C. _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA. M	D	A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
08	24		toma impresión prótesis parcial superior	Yarely Barbosa
12	09	24	Prueba rodete prótesis superior color A2	Yarely Barbosa
12	12	24	Prueba enfilada	Yarely Barbosa

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Marina Pereira

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 29.277768 mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que influyeran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva.

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfacho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

X
Firma del paciente o representante
Cédula número

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.277.768
PEREIRA

APELLIDOS
MARINA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 08-JUL-1942
CALIMA (DARIEN)
CALIMA (VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

10-SEP-1963 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-01102200-0001178L-F-00292777768-20060807 0001800857A 1 3090005036

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab Oral Mayo FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Marina Pereira DOCUMENTO No 29277768

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 15b # 31-24 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 3136163257 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 8 Julio 1942 EDAD 82 GÉNERO M F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión .		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de denticion_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

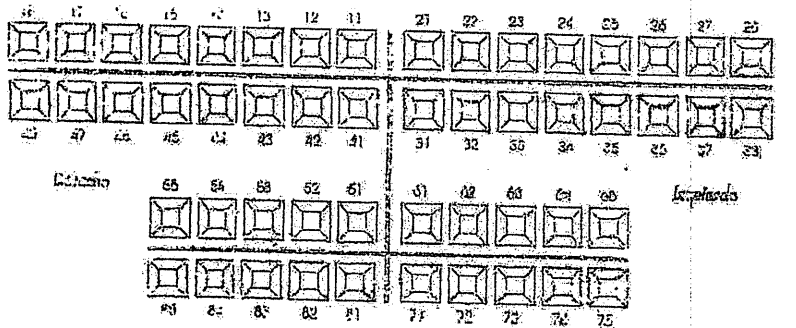
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prótesis total inferior	
12	09	24	Prueba Rodetes (~~Superior~~) e inferior. Color A3	

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE
Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, José Hernan Duque Torres

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 7.248.805 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales, libre y consciente; por medio del presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. **Fracaso de la prótesis total:** Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieren con el éxito de la prótesis.
2. **Fracasos de las prótesis parciales removibles:** Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. **Rompimiento:** Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. **Prótesis flojas:** Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. **Alergias a los materiales de la prótesis:** No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. **Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves:** Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. **Incomodidad:** Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. **Apariencia y estética:** Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

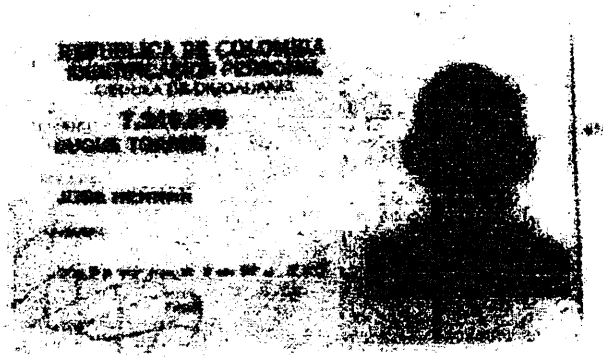
Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

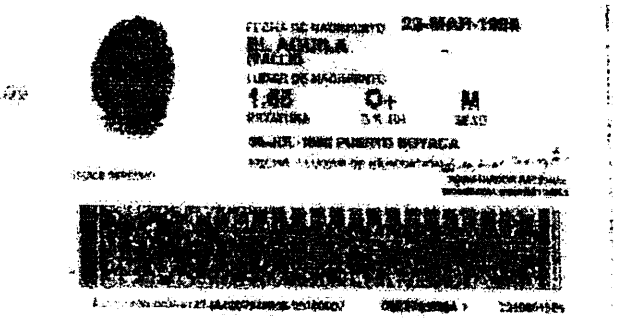
CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número




REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA


23-MAY-1988
1.65
O+
M

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Mar FECHA 05.18.24

NOMBRE DEL PACIENTE José Heman. Torres. DOCUMENTO No 7.248.805

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 79 # 31C-35 CIUDAD Bugu DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 317 672 5197 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 22. Marzo 1958 EDAD 66 GÉNERO M X F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental. inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular ____ Confluente ____ Cambio de volumen ____

Bloqueo mandibular ____ Limitación de apertura ____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO MARCAR CON X PARA SANO

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

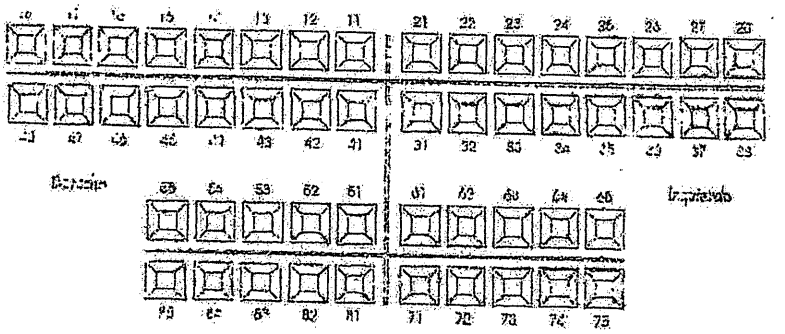
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	·X·	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona sin mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCION _____ TEL _____

FECHA M	D	A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	05	24	Toma impresión prótesis inferior parcial	X Josefina Mendoza Ortiz
17	09	24	Prueba rodetes prótesis inferior color A3.5	X Josefina Mendoza Ortiz
12	12	24	Prueba entrega.	X Josefina Mendoza Ortiz

18-12-24

Entrega Protesis

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Dora Alicia Bocanegra Aguirre.

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.856.915 mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc.los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo,(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la cresta de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva.

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Dora Alicia Bocanegra

Firma del paciente o representante

Cédula número

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.650.916
BOGANEGRA AGUIRRE
APELLIDOS
DORA ALICIA
NOMBRES



FIRMA

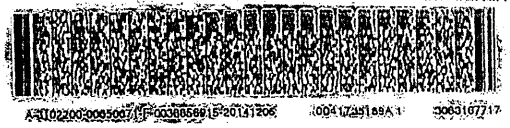
3B69279F3





FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1959
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
08-ACO-1974 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

HUELLA DERECHA



A-1102200-0005007-F-00380591S-20141206 0041735189A 1 9063167717

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Dra alicia Bocanegra DOCUMENTO No 38.856.915

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 139 # 26b-02 CIUDAD Bogotá DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 313 692 9753. E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 30 nov. 1959. EDAD 66 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA protesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

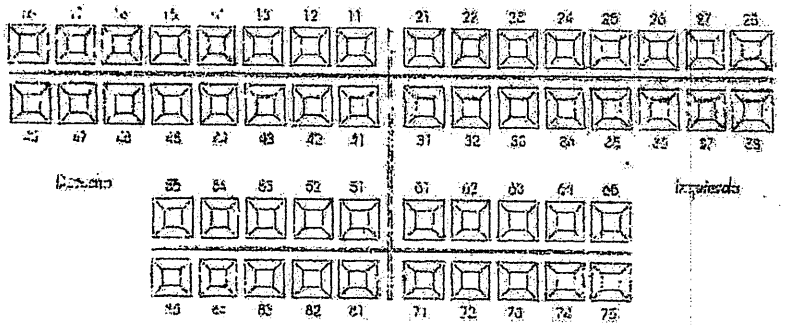
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar	---...	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Profesis total inferior toma impresión	Dora Alicia Bocanegra
12	09	24	Prueba Rodete color. A3	Dora Alicia Bocanegra

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE
Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Carmen Rivera Benavides

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 31.302.448 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____, en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones.

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adolorirlos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La reabsorción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de esta
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis no vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva.

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Carmen Rivera

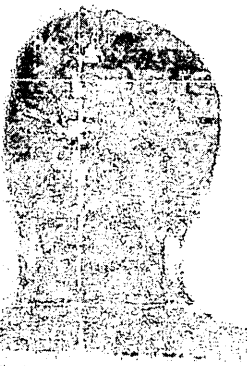
Firma del paciente o representante

Cédula número

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.302.448
RIVERA BENAVIDES
APELLIDOS
CARMEN
NOMBRES

FIRMA



3022700486

20

FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1954
RESTREPO
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. (RH) SEXO
02-JUN-1977 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A-3102760-0107861R F PC 31302448 2 0198638 0065788B.2A 2 9909713229

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Carmen Rivera Benavides. DOCUMENTO No 31.302.448

DIRECCIÓN DEL PACIENTE cll 28 # 15b-17 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 302.2700.486 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 10 julio 1954 EDAD 70 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA protes. dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁTICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones problemas auditivos.

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Osofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

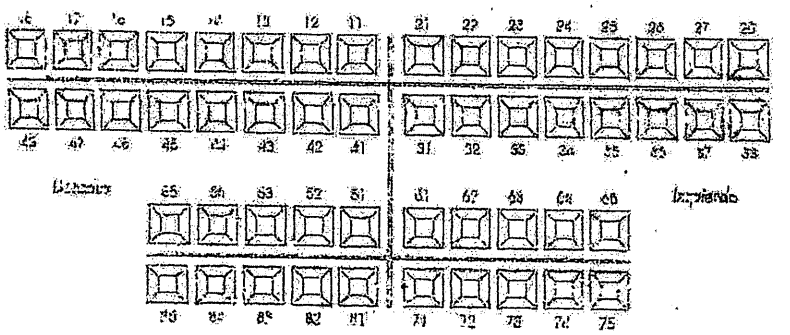
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental:_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma_____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado		Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C. _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M	FECHA D	FECHA A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12	05	24	Toma impresión prótesis superior parcial	X Carmen Ribera
12	09	24	prueba dientes Color A3.5	X Carmen Ribera
12	12	24	Prueba emplado	X Carmen Ribera

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Carmen Rosa Bejarano

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38 851 517 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adolorirlos y/o con dolor.
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitarán ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número



(51) 3187583286

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.851.517
BEJARANO VIVEROS
APELLIDOS
CARMEN ROSA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1953
GUACARI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
18-NOV-1974 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

R-3102200-00155976-F-0038851517-20090510 0011387304A 1 26163439

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Cent. Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Carmen Rosa Bejarano DOCUMENTO No 38 851 517

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 30 # 11-59 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 3187583296 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 16 Sept 1953 EDAD 71 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

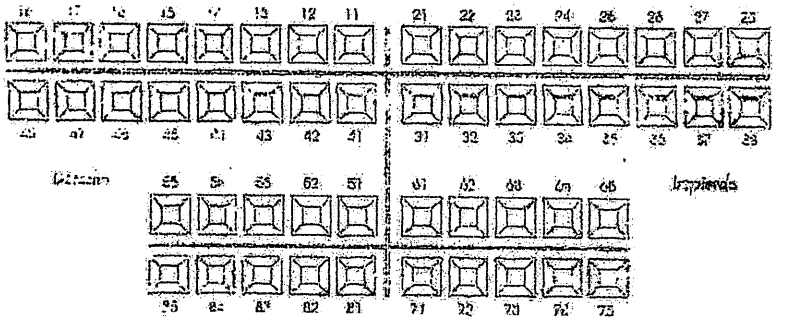
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	toma impresión prótesis total superior.	
12	09	24	prueba prótesis. Color. A2	
12	12	24	prueba encerado	

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Cielo Ossa de Galindo

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 39.858.428, mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales, libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La reparación de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flotas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Cielo Ossa

Firma del paciente o representante

Cédula número

(30)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.858.428
OSSA De GALINDO
APELLIDOS
CIELO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1954
ARMENIA
(QUINDIO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
10-MAY-1979 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

A-3102200-00207280-F-00385858428-20100104 0019357970M 1 20723114

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Cielo Ossa DOCUMENTO No 38858428

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 26 # 10-55 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 316 447 4524 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 28 Sept 1954 EDAD 70 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

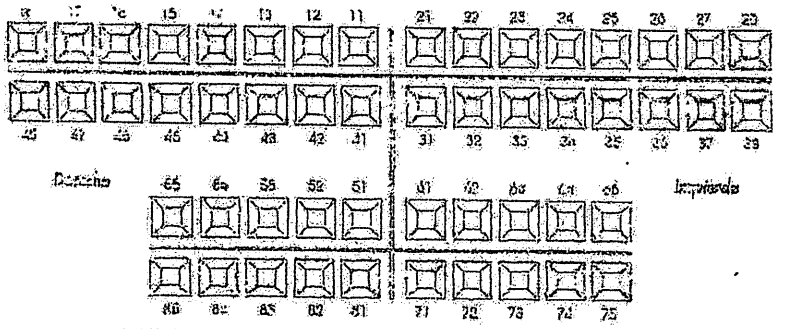
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámenes	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	08	24	Toma impresión para prótesis parcial removible	Julio Cesar
12	09	24	Prueba cera de color	Julio Cesar
12	12	24	Prueba en fresado	Julio Cesar

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Flor Alba Penagos de Velez

Identificado (a) con cedula de ciudadania número 29 282.596 mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc.los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La reducción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Flor alba penagos DOCUMENTO No 29.282.576

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 15 # 31-33 CIUDAD Bga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 317 7049 109 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 26 agosto 1943 EDAD 81 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA protesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguineas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatias		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugias (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologias renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologias respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular ____ Confluente ____ Cambio de volumen ____

Bloqueo mandibular ____ Limitación de apertura ____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de denticiòn_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales; _____ Pérdida de la Integridad dental_____

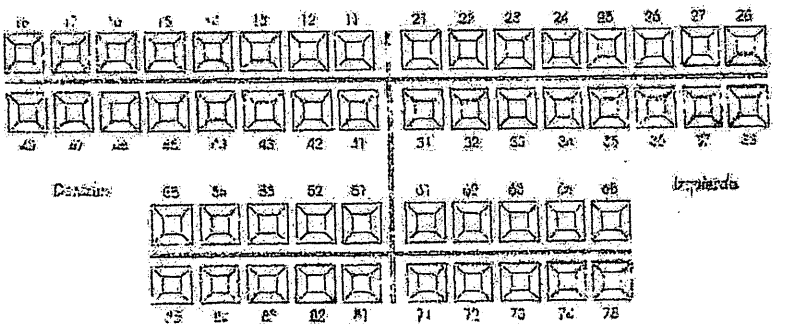
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

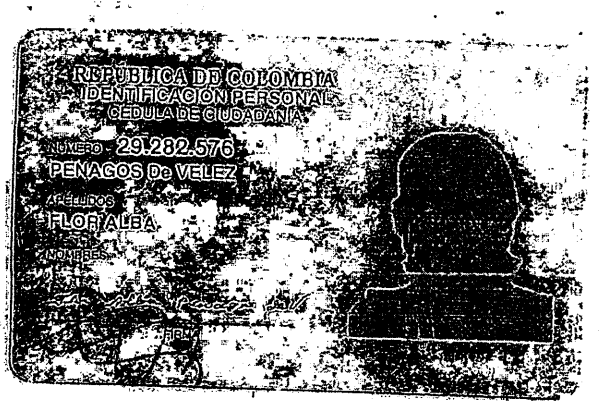
Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

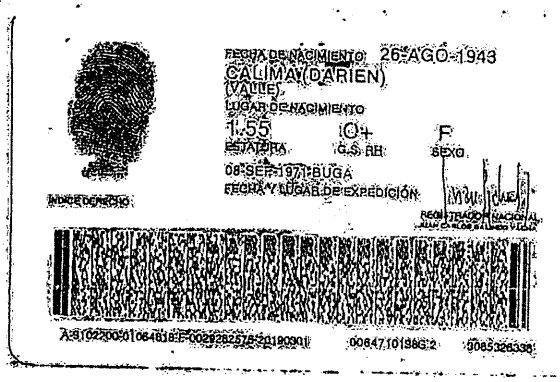
Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Exámen	Conv.	Color
Cariado	C	Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 29.282.576
PENAGOS De VELEZ
APELLIDOS
FLOR ALBA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 26-AGO-1943
CALIMA (DARIEN)
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
08-SEP-1971 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prótesis total superior.	Victor Hugo Arbeláez Pemagos
12	09	24	Prueba rodete Color. C1	Victor Hugo Arbeláez Pemagos

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Osofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición _____ Dientes en erupción _____ Dientes ausentes _____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental _____

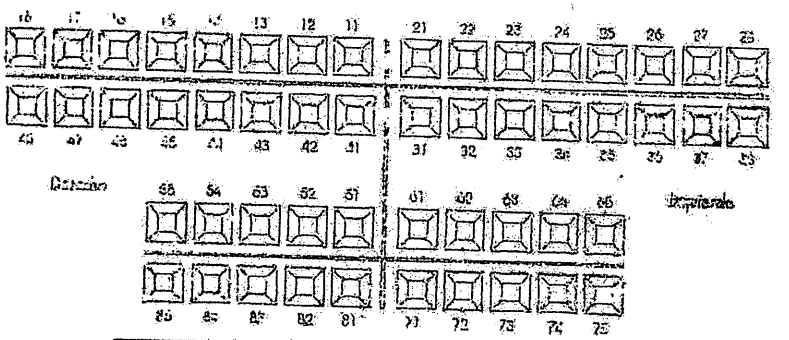
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental _____

Anomalías dentarias de número _____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño _____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	⊻	Rojo
Sin erupcionar	------	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	Δ	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	—	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	○	Rojo
Provisional en buen estado	⊃	Azul
Provisional en mal estado	⊃	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Flor alba penagos DOCUMENTO No 29.282.576

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 15 # 31-33 CIUDAD Bga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 317 7049 109 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 26 agosto 1943. EDAD 81 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE
Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Julio Cesar Velez Velasquez

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 8.181.527, mayor de edad y y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelvan flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

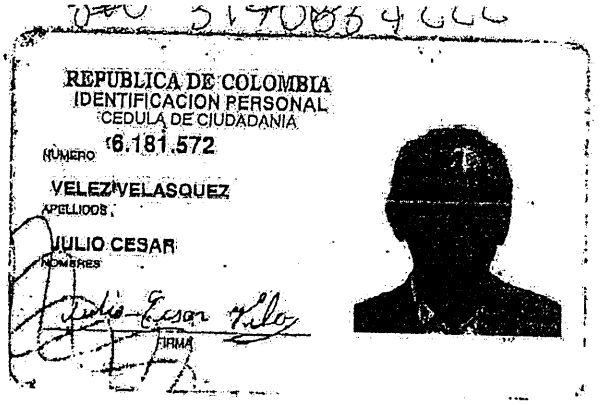
Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida .

Julio C Velez.

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 6.181.572

VELEZ VELASQUEZ
APELLIDOS

JULIO CESAR
NOMBRES

FIRMA

(63)



FECHA DE NACIMIENTO 25-OCT-1998
CALIMA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 A+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
07-NOV-1997 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

A-2908500-63116761-M-0006181572-20030925 0820303267A 01 141434790

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión prótesis total (inferior) superior	
12	09	24	prueba rodete Color: C2	

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Julio Cesar Velez DOCUMENTO No 6.181.572

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 15 # 31-33 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 317 083 7222 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 25 octubre 1938 EDAD 89 GÉNERO M X F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental (enfermo) superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias	X	Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones Hongo (dermatitis)

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales; _____ Pérdida de la integridad dental_____

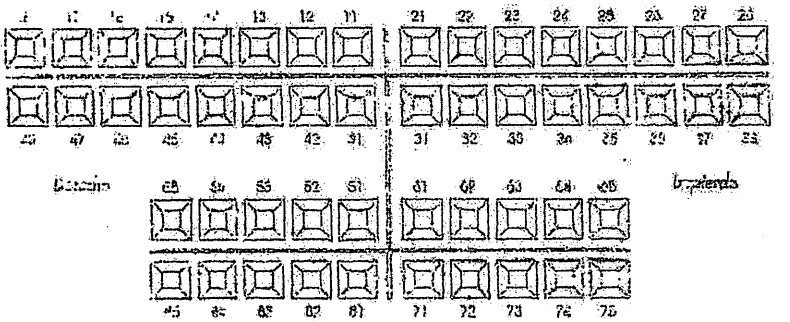
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-A-	Rojo
Sin erupcionar	—·—	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	—	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, María Elvira Mercias Cortazo.

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 29.328.390, mayor de edad y y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

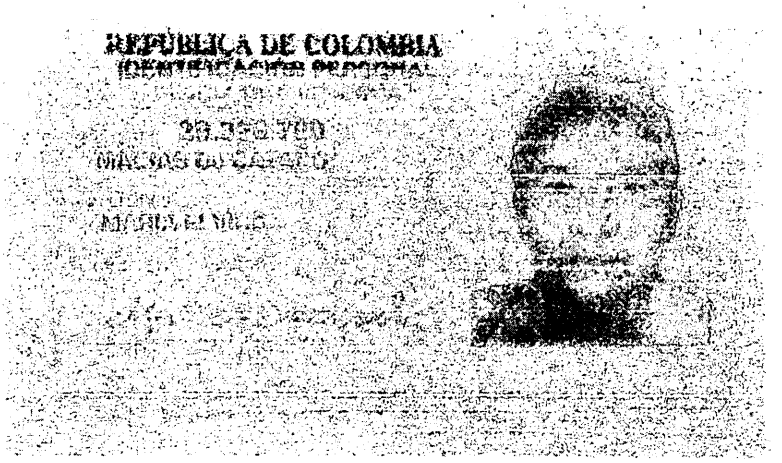
1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc.los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que influyen con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso en las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a: a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que estos pueden volverse flojos, inestables y/o con caries; b) estos dientes pueden desarrollar caries o fracturar el diente alrededor del gancho;(2) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros. (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana dentro parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva.

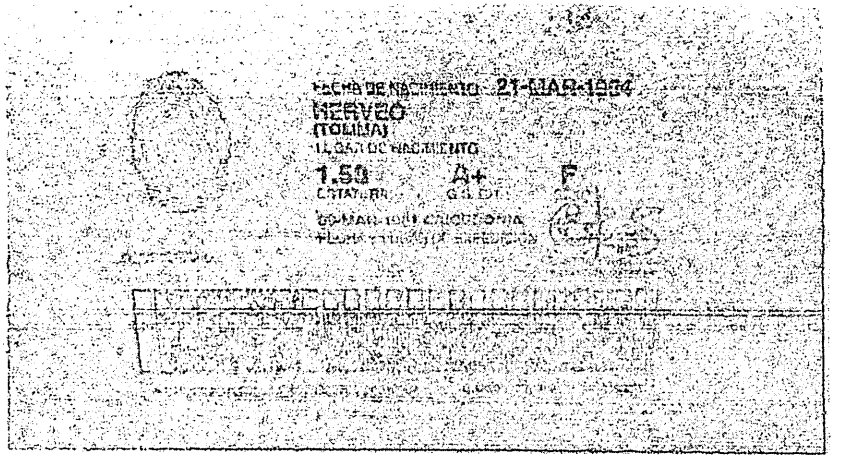
Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número


REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1994
NERVEO
(TOLIMA)
1.50
A+
F

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	toma impresión prueba dentadura superior	
12	09	24	prueba dientes color A3	

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oralmax FECHA 05-12-22

NOMBRE DEL PACIENTE María Elvira Madal DOCUMENTO No. 29.328.790

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 16 # 11-03 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 315 378 8469 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 21 Marzo 1954 EDAD 70 GÉNERO M F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones osteoporosis

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación. Angular ____ Confluente ____ Cambio de volumen ____

Bloqueo mandibular ____ Limitación de apertura ____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales; _____ Pérdida de la integridad dental_____

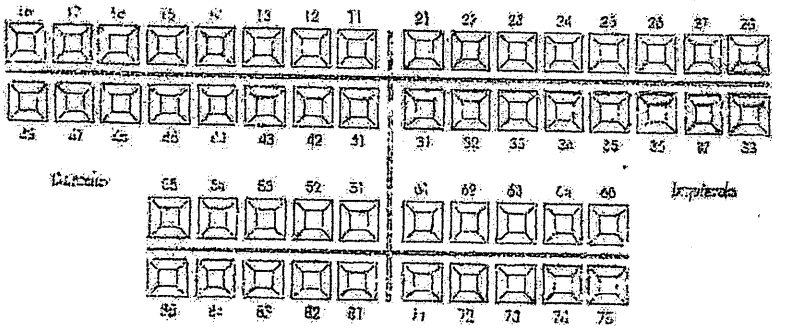
Otras anomalías de esmalte_____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición_____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	X	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

CONSENTIMIENTO PARA PROTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Lucy Torres

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38 439 055 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ : en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente: por medio del

presente escrito y en tales condiciones.

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho.(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retirada/ón de la placa, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

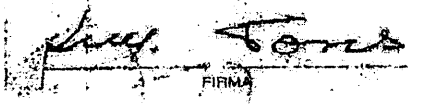
Firma del paciente o representante
Cédula número

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

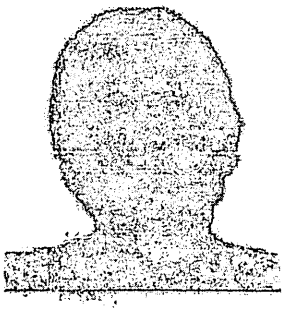
NUMERO 38.439.055
TORRES

APELLIDOS
LUCY

NOMBRES



FIRMA



(63)



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-ENE-1959
TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

22-AGO-1977 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-3102200-00041462-F-0038439055-20080807 0001877672A 1 3090004146

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE lab. Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Lucy Gomes. DOCUMENTO No 38.439 055

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 82 # 11-34 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 315 284 4923. E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 13 Enero 1959 EDAD 65 GÉNERO M X F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PATOLÓGICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión .		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

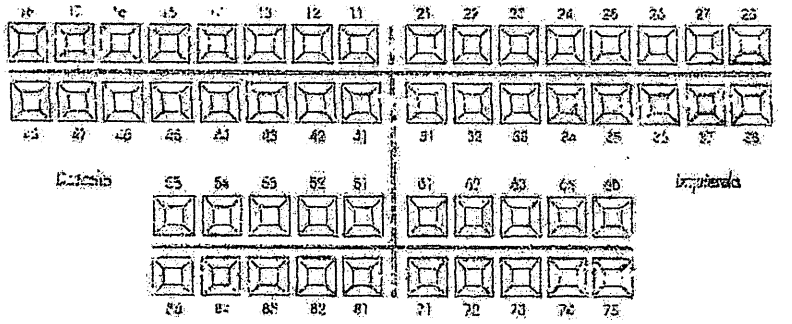
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	P	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	toma impresión prótesis parcial superior	
12	09	24	Prueba Modelo Color A3	
12	12	24	Prueba entrado	

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Martiniana Arismendi Castañeda

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.870.610 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que ..

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor; b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: En por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida ,

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.870.610
ARISMENDI CASTAÑEDA

APELLIDOS
MARTINIANA

NOMBRES

mbartiniA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1943
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-DIC-1987 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3102200-00041461-F-0038870610-20060807 0001875962A 1 3090002708

3158435965

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C. _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA M D A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
12 05 24	Toma impresión para ortodoncia total superior	
12 09 24	Prueba nuevo color A2	
12 12 24	Prueba entrega	

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Martiniana Arsmendi DOCUMENTO No 38 820 610

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cll 29ª # 11.04 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 315 843 59 65 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 20 marzo 1943 EDAD 81 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental inferior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos		Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual		Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones edentulo I.

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Oseofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de denticion _____ Dientes en erupción _____ Dientes ausentes _____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental _____

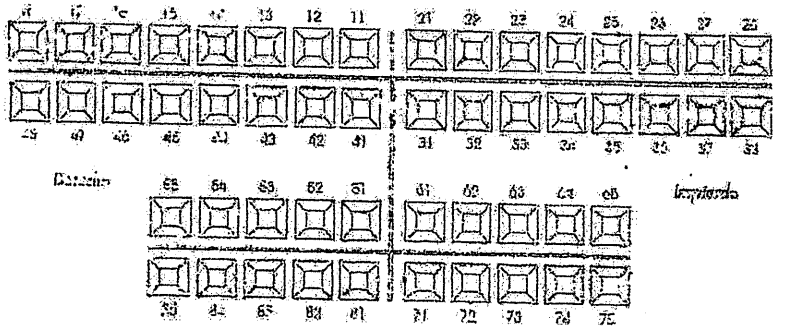
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental _____

Anomalías dentarias de número _____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño _____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-X-	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	△	Rojo
Sellante presente	-	Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	○	Rojo
Provisional en buen estado	⌒	Azul
Provisional en mal estado	⌒	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Ines Fajardo.

Identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.861.698, mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____; en buen uso de mis facultades mentales, libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención; (3) los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc, los cuales no se adaptan a la prótesis artificial; (4) reflujo excesivo; (5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieren con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho; (3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

x Ines Fajardo

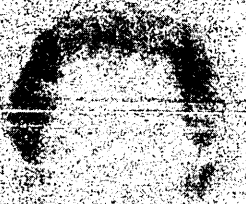
Firma del paciente o representante

Cédula número

(66)

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 38.661.690
FAJARDO
APELLIDOS
INES
NOMBRES





FECHA DE NACIMIENTO 27-MAY-1958
TULUA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
05-JUN-1981 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-3102200-00734131-F-0038661690-20150814 0045856034A 1 3083518654

3177728854

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab- Oral max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Ines Fajardo. DOCUMENTO No 38.861.698.

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 15ª # 17ª-24 CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 3177728834 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 27 Mayo 1958 EDAD 66 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA Protesis dental. Superior - c H2

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones Anuncles

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación. Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXAMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

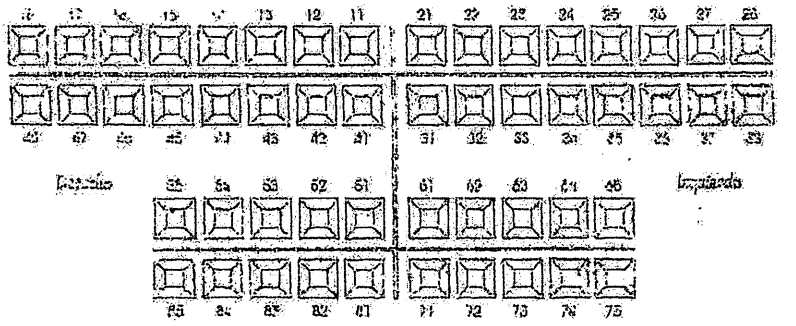
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado		Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL: _____

FECHA M	D	A	DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
17	05	24	toma impresión prótesis total superior e inferior	X Inés Fajardo
17	09	24	prueba rodetes superior e inferior. color - AZ	X Inés Fajardo

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo. Florentina Hernandez

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 38.855.922 ,mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____ ; en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que ..

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,las cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a :
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

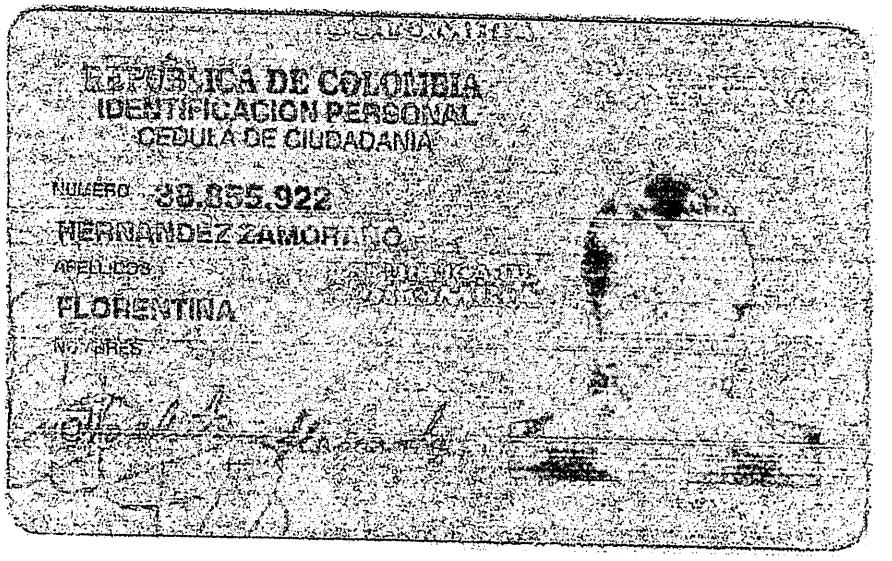
Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida

CONSIENTO

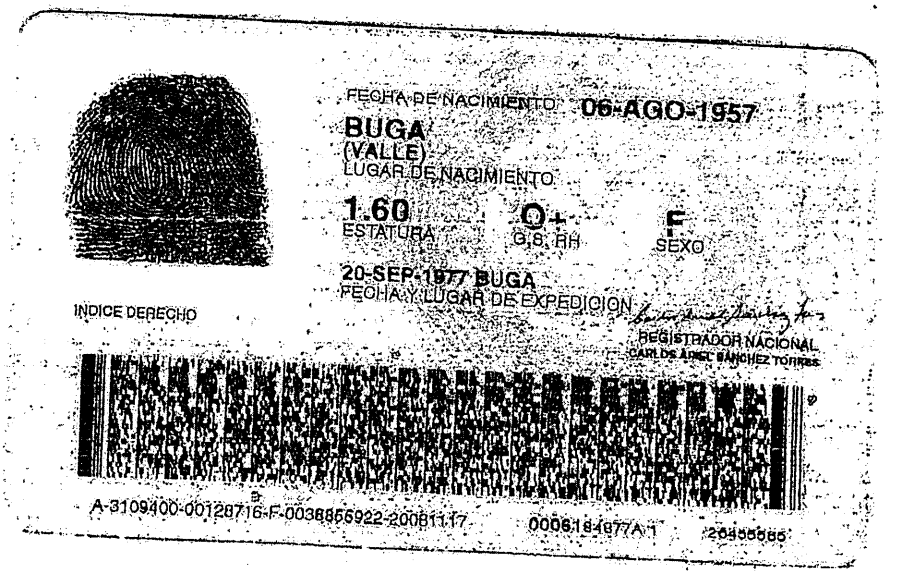
que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

Firma del paciente o representante
Cédula número

3137310561


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 38.855.922
HERNANDEZ ZAMORANO
APELLIDOS
FLORENTINA
NOMBRES

(17)


FECHA DE NACIMIENTO 06-AGO-1957
BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
20-SEP-1977 BUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
A-3109400-00128716-F-0038855922-20081117 0008184077A 1 26855855

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Florentina Hernandez DOCUMENTO No 38.955.922

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 26 # 18-80 CIUDAD Buga DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 313 731 0561 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 06 agosto 1957 EDAD 67 GÉNERO M F X

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA Protesis dental Superior.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Side		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos yugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición_____ Dientes en erupción_____ Dientes ausentes_____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental_____

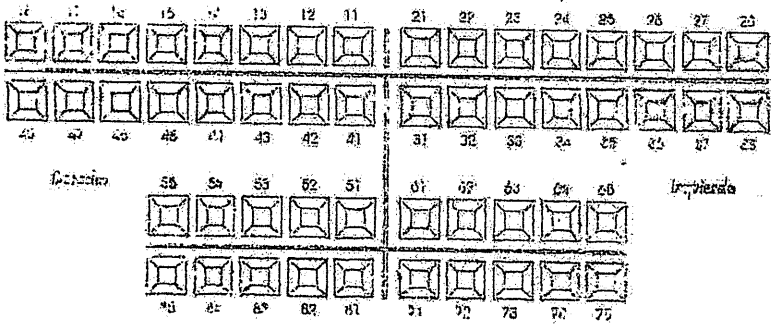
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental_____

Anomalías dentarias de número_____ Anomalías dentarias de forma_____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño_____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada		Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada		Rojo
Sin erupcionar		Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada		Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión		Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado		Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado		Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión protesis total Superior.	
12	08	24	Toma prueba cera color. AZ	
12	12	24	Prueba en Acrilico	

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Anul Medina.

Identificado (a) con cedula de ciudadanía número 16.856.130 mayor de edad y

y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____

_____: en buen uso de mis facultades mentales ,libre y consciente; por medio del

presente escrito y en tales condiciones;

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) involuye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
   a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor
   b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o al astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis,antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida.

CONSIENTO

que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

x Anul Medina

Firma del paciente o representante
Cédula número

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 16.856.130

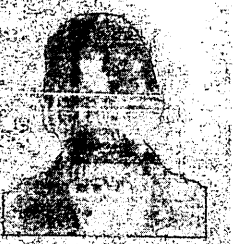
MEDINA

APELLIDOS

ARNUL

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-DIC-1960

BUGA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

10-JUL-1979 EL CERRITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

A-0100100-00516046-M-0016856130-20140630 0039790046A 1 428517127

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Arnuel Medina. DOCUMENTO No 16.856.130

DIRECCION DEL PACIENTE Cra 9 # 16-57 CIUDAD Bga. DEPTO Valle.

CELULAR DEL PACIENTE 3194870292 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 21-Dic-1960 EDAD 64 GENERO M X F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No. CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y RÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes	X	Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial		Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación. Angular ____ Confluente ____ Cambio de volumen ____

Bloqueo mandibular ____ Limitación de apertura ____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXAMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición _____ Dientes en erupción _____ Dientes ausentes _____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental _____

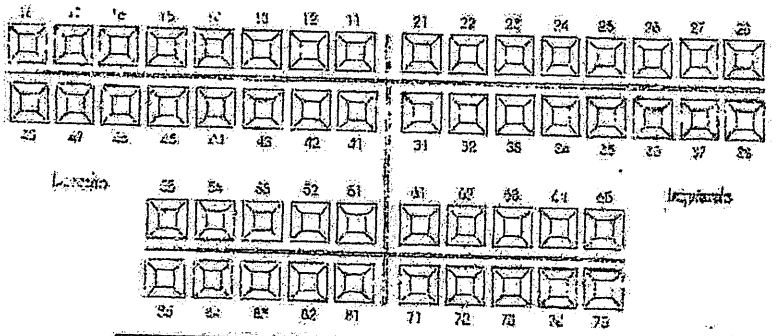
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental _____

Anomalías dentarias de número _____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño _____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	-A-	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	/\	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	—	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	C	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	=	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado		Rojo

NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	prótesis parcial superior toma impresión	x
12	07	24	prueba modelo prótesis superior color AZ	x
12	12	24	prueba entregado	x

CONSENTIMIENTO PARA PRÓTESIS TOTAL REMOVIBLE

Y/O PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Yo, Flor Omaira Ordoñez Romo

identificado (a) con cédula de ciudadanía número 27.097.690, mayor de edad y y actuando en nombre propio o en representación del paciente _____ _____; en buen uso de mis facultades mentales, libre y consciente; por medio del presente escrito y en tales condiciones,

DECLARO

Que

El proceso de fabricación y ajuste de una prótesis removible (prótesis parcial y/o prótesis total) incluye riesgos y posibles fracasos; y que a pesar de que se tiene el máximo cuidado y diligencia en la preparación y fabricación de una prótesis, existe la posibilidad de un fracaso con el paciente al no poder adaptar la prótesis. Por lo tanto, estoy de acuerdo en asumir los posibles riesgos y fracasos asociados como:

1. Fracaso de la prótesis total: Hay muchas variables que pueden contribuir tales como: (1) Encía que no puede soportar la presión y resulta en dolor en algunas áreas; (2) rebordes mandibulares, los cuales no proveen un adecuado soporte y/o retención;(3)los músculos de la lengua, piso de la boca, cachetes etc,los cuales no se adaptan a la prótesis artificial;(4) reflujo excesivo;(5) saliva excesiva o resequedad de la boca; (6) problemas psicológicos y físicos que interfieran con el éxito de la prótesis.
2. Fracasos de las prótesis parciales removibles: Muchas variables pueden contribuir al fracaso de las prótesis parciales removibles. Las variables pueden incluir los mismos problemas de una prótesis total, en adición a:
a) Dientes naturales que sirven de anclaje para la prótesis, ya que éstos pueden volverse flojos, adoloridos y/o con dolor;
b) Estos dientes pueden desarrollar caries o erosionar el diente alrededor del gancho;(3) El tejido que soporta los dientes puede hacerse más débil.
3. Rompimiento: Debido a los tipos de materiales, los cuales son necesarios para la construcción de estas prótesis, un rompimiento puede ocurrir a pesar de que los materiales usados no estaban defectuosos. Entre los factores que pueden contribuir al rompimiento están: (1) Masticar comidas u objetos excesivamente duros; (2) La retracción de la encía, la cual causa presión excesiva ejercida y desigual sobre las dentaduras; (3) Grietas que pueden ser imperceptibles y pudieron haber ocurrido previamente por causas como las mencionadas en (1) y (2); (4) El uso de dientes en porcelana como parte de la prótesis, o las prótesis que han sido dañadas previamente y son rebasadas. Los factores descritos anteriormente pueden también causar el desgastamiento de los dientes de la prótesis o el astillado de ésta.
4. Prótesis flojas: Las prótesis totales normalmente se vuelven menos seguras cuando la encía de soporte cambia. Las prótesis no cambian a menos que sean expuestas al calor o a la sequedad. Cuando las prótesis se vuelven flojas es necesario rebasarlas. Las prótesis parciales se aflojan por las razones anteriormente dichas y por los ganchos y soportes flojos.
5. Alergias a los materiales de la prótesis: No muy frecuentemente el tejido presenta reacciones alérgicas al material de la prótesis, ya sea parcial o total.
6. Fracaso de los dientes de soporte y/o tejidos suaves: Los dientes naturales pueden fracasar debido a caries, trauma excesivo, problemas de hueso y encía. Algunos dientes que necesitaran ser extraídos. El tejido de soporte puede fracasar debido a una pobre salud dental o una mala salud en general.
7. Incomodidad: Esto se debe a las diferencias entre los dientes naturales y la prótesis artificial. La mayoría de los pacientes se acostumbran a esta sensación a medida de que pasa el tiempo.
8. Apariencia y estética: Es por este aspecto que se les da la oportunidad a los pacientes de observar y ver la apariencia en la boca de la prótesis antes de enviarla al laboratorio para su elaboración final y definitiva

Por lo anterior, manifiesto que he comprendido las explicaciones, que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. Por lo tanto, estoy satisfecho(a) con la información recibida.

CONSIENTO

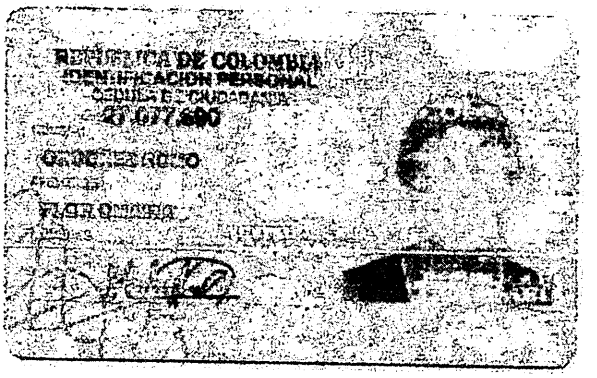
que se me realice tratamiento para prótesis total y/o parcial removible(s)

X

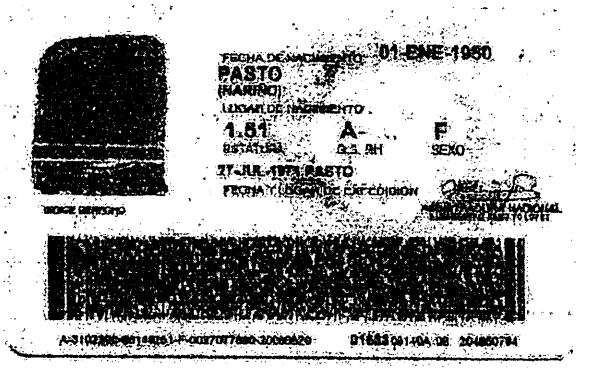
Firma del paciente o representante

Cédula número

3212662706



(59)



NOMBRE DEL PACIENTE _____ C.C _____

DIRECCIÓN _____ TEL. _____

FECHA			DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO ODONTOLÓGICO (EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO)	FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE
M	D	A		
12	05	24	Toma impresión protesis parcial superior.	X
12	12	24	Prueba molde.	X

HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

LUGAR DONDE SE ATIENDE EL PACIENTE Lab. Oral Max FECHA 05-12-24

NOMBRE DEL PACIENTE Flor Omaira Ordoñez DOCUMENTO No 27 077 690

DIRECCIÓN DEL PACIENTE Cra 76 # 19-36. CIUDAD Buga DEPTO Valle

CELULAR DEL PACIENTE 321 266 2706 E-MAIL

FECHA DE NACIMIENTO 01 enero 1950 EDAD 74 GÉNERO M F

PROFESIÓN O ACTIVIDAD DEL PACIENTE LUGAR DE TRABAJO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE PARENTESCO

DOCUMENTO DEL REPRESENTANTE No CELULAR DEL REPRESENTANTE

DIRECCIÓN DEL REPRESENTANTE CIUDAD DEPTO

MOTIVO DE CONSULTA prótesis dental superior

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Y PÁDICOS GENERALES (REGISTRAR SI O NO)

Alergias		Hepatitis		Trastornos gástricos	
Discrasias sanguíneas		Diabetes		Trastornos emocionales	
Cardiopatías		Fiebre reumática		Sinusitis	
Embarazo		HIV - Sida		Cirugías (incluso orales)	
Alteraciones presión arterial	X	Inmunosupresión		Exodoncias	
Toma de medicamentos	X	Patologías renales		Enfermedades orales	
Tratamiento médico actual	X	Patologías respiratorias		Uso de prótesis de aparetología oral	

Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos

Observaciones

Última visita al odontólogo

Tratamiento realizado

Experiencias y comportamiento ante el anterior tratamiento

ANÁLISIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) (REGISTRAR SI O NO)

Ruidos _____ Desviación _____ Tipo de desviación: Angular _____ Confluente _____ Cambio de volumen _____

Bloqueo mandibular _____ Limitación de apertura _____ Dolor articular _____ Dolor muscular _____ Otra _____

EXÁMEN ESTOMATOLÓGICO (MARCAR CON X PARA SANO)

Estructura	Sano	Estructura	Sano
Labio inferior		Orofaringe	
Labio superior		Encía	
Comisuras		Glándulas salivales	
Mucosa oral		Piso de boca	
Surcos vugales		Dorso de lengua	
Frenillos		Vientre de lengua	
Paladar duro		Paladar blando	

EXÁMEN DENTAL

Tipo de dentición _____ Dientes en erupción _____ Dientes ausentes _____

Presencia de fracturas dentales: _____ Pérdida de la integridad dental _____

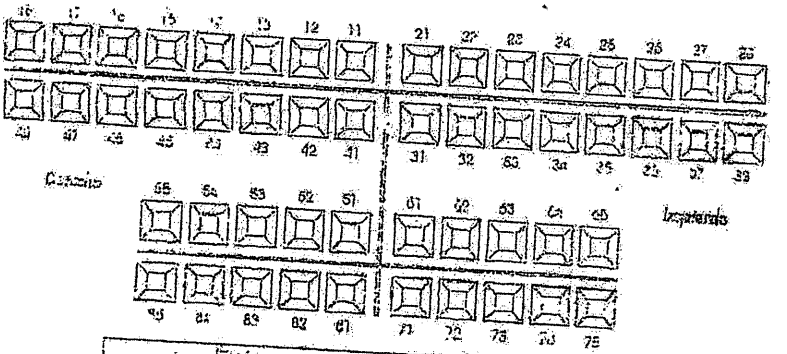
Otras anomalías de esmalte _____ Movilidad dental _____

Anomalías dentarias de número _____ Anomalías dentarias de forma _____

Anomalías dentarias de posición _____ Anomalías dentarias de tamaño _____

Anomalías dentarias de color _____ Observaciones _____

ODONTOGRAMA



Examen	Conv.	Color
Cariado		Rojo
Obturado		Azul
Exodoncia realizada		Azul
Exodoncia simple indicada	X	Rojo
Exodoncia quirúrgica indicada	⊗	Rojo
Sin erupcionar	----	Azul
Endodoncia realizada		Azul
Endodoncia indicada	▲	Rojo
Sellante presente		Azul
Sellante indicado	S	Rojo
Erosión o abrasión	⌒	Rojo
Procedimiento realizado		Azul
Corona en buen estado		Azul
Corona en mal estado	○	Rojo
Provisional en buen estado		Azul
Provisional en mal estado	c	Rojo
Núcleo buen estado		Azul
Núcleo en mal estado	N	Rojo