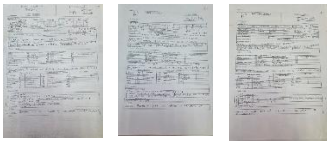
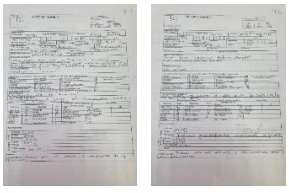
INFORME DE EJECUCIÓN PARCIAL
SECRETARÍA DE SALUD DE GUARNE

NOMBRE DEL CONTRATISTA	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA
NÚMERO DEL CONTRATO	1005-CONT-007-2026
DEPENDENCIA	Secretaria de Salud
JEFE DE LA DEPENDENCIA	Anderson Londoño Tabares
SUPERVISOR (A) DEL CONTRATO	Anderson Londoño Tabares
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	11/02/2026
FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO	10/8/2026
PLAZO	SEIS (6) MESES contados a partir del acta de inicio
OBJETO	CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PARA REALIZAR ACTIVIDADES QUE PROMUEVAN LA SALUD BUCAL EN LA POBLACIÓN JOVEN ADULTA Y ADULTA MAYOR DEL MUNICIPIO DE GUARNE.
MES PRESENTADO	FEBRERO MARZO ABRIL MAYO
VALOR DEL CONTRATO	SETENTA MILLONES PESOS ($70.000.000,00)
NÚMERO DE PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL	Febrero: 84092868 Marzo: 84903901 Abril: 85380839 Mayo: 85980643

ESARROLLO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
#	**ACTIVIDADES**	**DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE MAYO**	**EVIDENCIA DE LA ACTIVIDAD**
1	Prótesis parcial removible (En acrílico) 3 dientes o más en superior o inferior:	Se realizan ocho prótesis, a cuatro pacientes se anexa listado de pacientes atendidos, historia clínica de los pacientes con la respectiva firma, diligenciamiento del consentimiento informado y copia de la cédula de ciudadanía	Listado de pacientes  Historia Clínica: 
2	Prótesis parcial removible (Metal acrílico) 3 dientes o más.	Se realiza 5 prótesis a tres pacientes se anexa historia clínica de los pacientes con la respectiva firma, diligenciamiento del consentimiento informado y copia de la cédula de ciudadanía	Listado de pacientes  Historia Clínica: 
3	Prótesis tipo (acker) 1 a 3 dientes:	Se realizan tres prótesis a dos pacientes se anexa historia clínica de los pacientes con la respectiva firma, diligenciamiento del consentimiento informado y copia de la cédula de ciudadanía	Listado de pacientes  Historia Clínica: 

4	Prótesis parcial fija libre de metal.	Se realizan cuatro prótesis a dos pacientes se anexa historia clínica de los pacientes con la respectiva firma, diligenciamiento del consentimiento informado y copia de la cédula de ciudadanía	Listado de pacientes  Historia clínica  
5	Carillas directas en resinas para dientes anteriores.	Se realiza una carilla un paciente se anexa historia clínica de los pacientes con la respectiva firma, diligenciamiento del consentimiento informado y copia de la cédula de ciudadanía	Listado de pacientes  Historia Clínica: 
Anexo fotográfico			



Se anexa link drive donde se evidencian los soportes:
https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1s5Q8K7Brwoos4khorTWRDveGj0LaUH-k

DESCRIPCION DE LO REALIZADO

Se valoró un total de 33 personas entre adultos y jóvenes, posterior a los hallazgos encontrados en cada uno de los pacientes se evidenció que un total de 13 personas requerían un pronto tratamiento de prótesis dentales; clasificadas de la siguiente manera: 15 prótesis parciales removibles (acrílicas en alto impacto), 10 prótesis parciales removibles (metal-acrílicas),4 prótesis tipo (acker), 2 carilla en resina para dientes anteriores, 6 prótesis parciales fijas(Libre de metal).

Para este periodo se atendieron 12 pacientes para un total de 21 actividades, de las cuales se anexan firmas de pacientes y evidencias con fotos del antes y el después de cada tratamiento. Es de anotar que varias personas quedaron pendientes a que se realicen estos proyectos para adquirir sus prótesis y poder mejorar su calidad de vida, por último, se estableció unas citas de control, revisión, ajustes y seguimiento de cada caso de tal manera que se les garantice el procedimiento realizado.

ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS

Durante el examen clínico se evidencia que la gran parte de las personas valoradas presentan múltiples etapas de caries, además la mayoría son muy avanzadas y no son tratadas. También se encontró pacientes con enfermedades periodontales que no son tratadas y son de las enfermedades más comunes donde las personas pierden sus piezas dentales y se hace necesario las prótesis dentales

CONCLUSIONES

Los servicios prestados fueron exitosos. Al realizar estos proyectos los jóvenes y adultos con problemas de salud oral tuvieron una segunda oportunidad de tener de nuevo una dentadura saludable y perdurables en el tiempo (En Anexos algunas imágenes del trabajo realizado). Aun así, se hace necesario realizar más campañas de promoción y prevención de la salud oral, enfocándonos en los lugares donde la población se les dificulta el acceso a estos servicios.

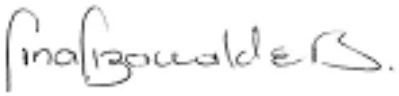
AVANCES:
El porcentaje de cumplimiento del proyecto a la fecha del informe es del 58%

PERIODO EJECUTADO:	MAYO 2026
VALOR DEL PERIODO:	$40.396.774

ACTIVIDAD	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	TOTAL	PRIMER INFC	VALOR	PENDIENTE
Prótesis parcial removible (En acrílico) 3 dientes o más en superior o inferior	1.691.000	15	25.365.000,00	8	13.528.000,00	7
Prótesis parcial removible (Metal acrílico) 3 dientes o más.	1.846.516	10	18.465.160,00	5	9.232.580,00	5
Prótesis tipo (acker) 1 a 3 dientes	1.533.502	4	6.134.008,00	3	4.600.506,00	1
Prótesis parcial fija libre de metal.	3.017.771	6	18.106.626,00	4	12.071.084,00	2
Carillas directas en resinas para dientes anteriores.	964.604	2	1.929.208,00	1	964.604,00	1
			70.000.002,00	21	40.396.774,00	16

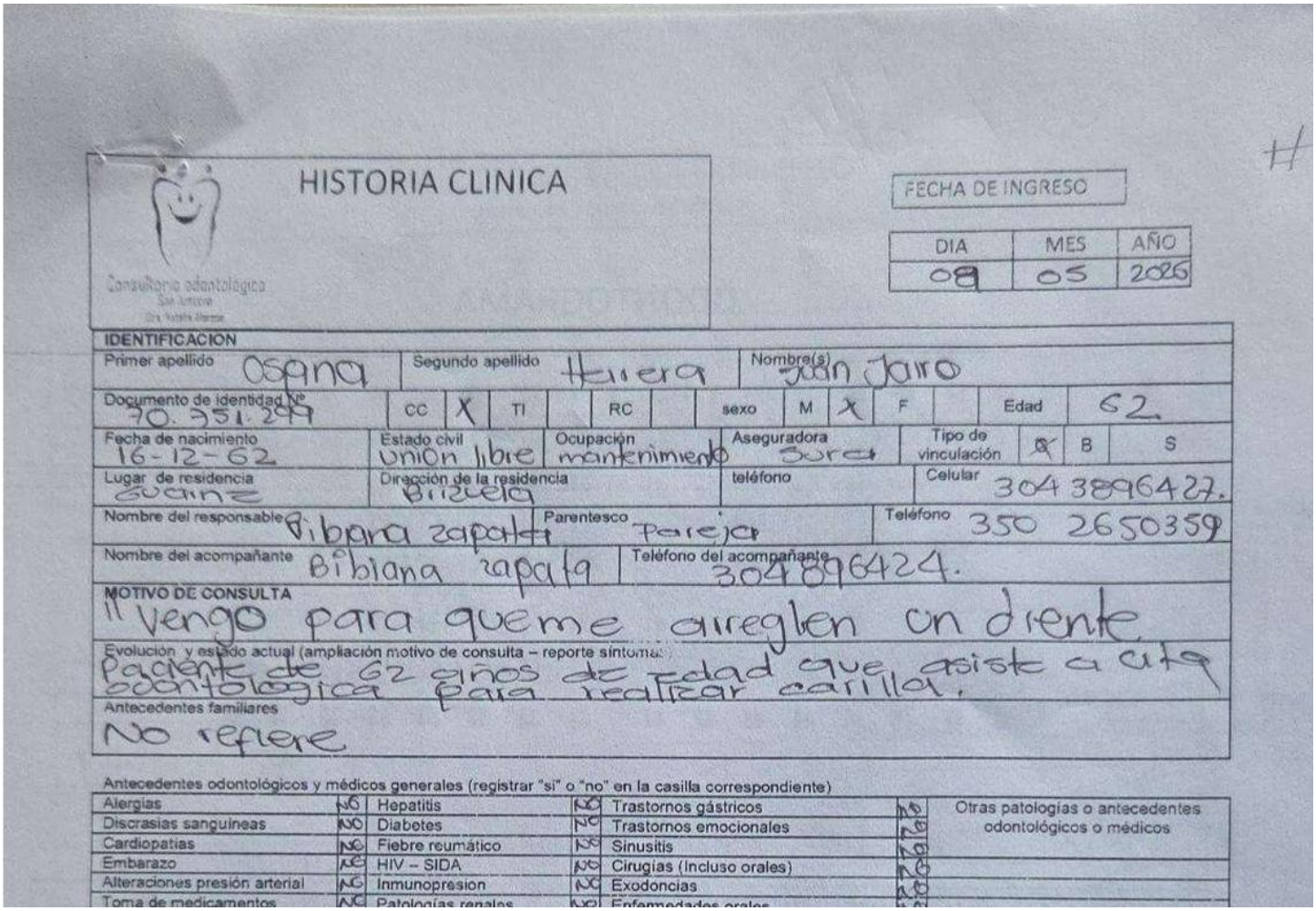
Para constancia se firma en Guarne a los cuatro días del mes de junio de 2026

Atentamente,



Lina María Lizarralde Bonilla
Subdirectora científica

1. CARILLA



HISTORIA CLINICA

Consultorio odontológico San Antonio Dra. Natalia Alarcon

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
09	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido	Osana	Segundo apellido	Rivera	Nombre(s)	Juan Jairo														
Documento de identidad Nº	70.951.249	CC	X	TI		RC		sexo	M	X	F		Edad	62.					
Fecha de nacimiento	16-12-62	Estado civil	Union libre	Ocupación	mantenimiento	Aseguradora	Sura	Tipo de vinculación	C	B	S								
Lugar de residencia	Guarne	Dirección de la residencia	Bizuela	teléfono		Celular	3043896427.												
Nombre del responsable	Bibara zapata	Parentesco	Pareja	Teléfono	350 2650359														
Nombre del acompañante	Bibiana zapata	Teléfono del acompañante	3048896424.																

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para que me arreglen un diente"

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 62 años de edad que asiste a cita odontologica para realizar carilla.

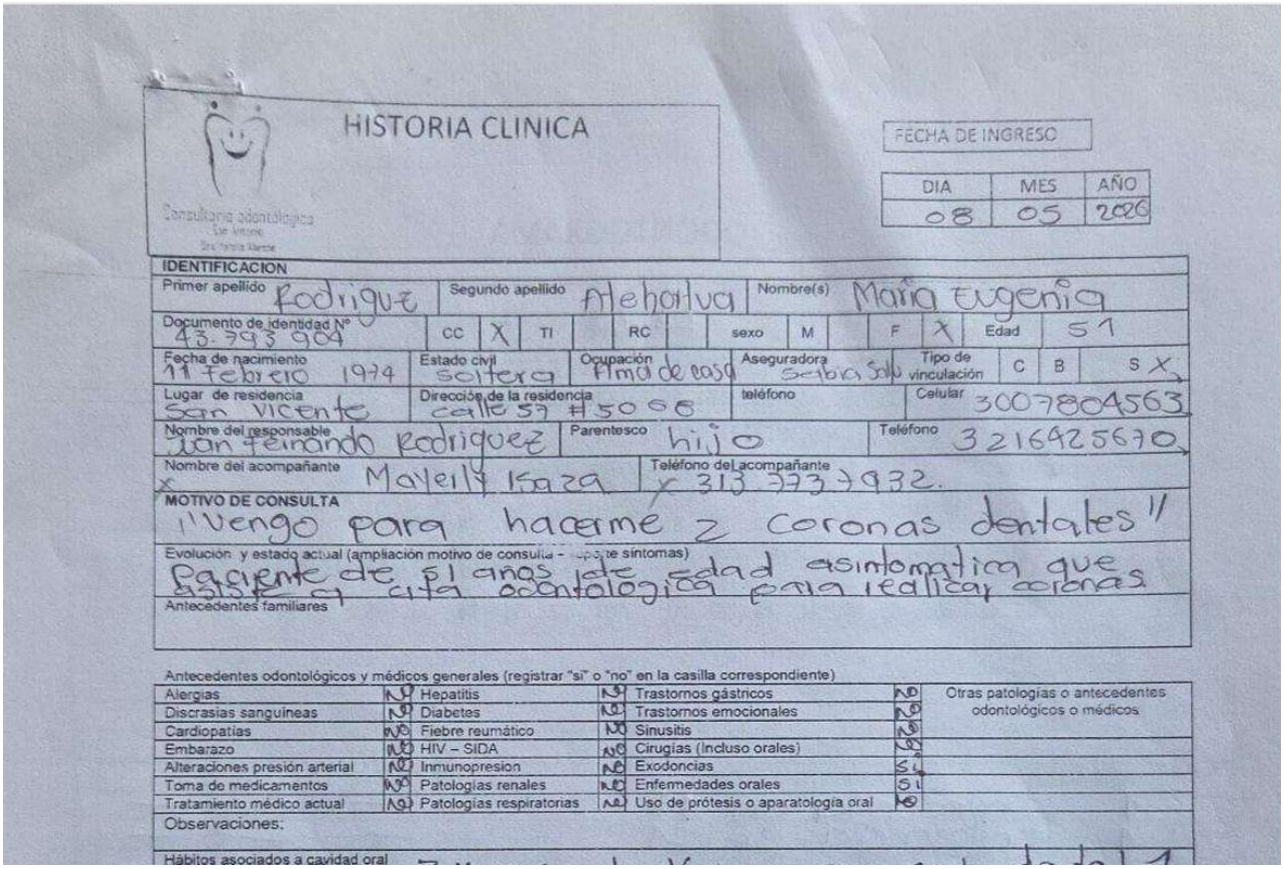
Antecedentes familiares

No refiere

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos	
Discrasias sanguineas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO		
Cardiopatias	NO	Fiebre reumático	NO	Sinusitis	NO		
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugias (Incluso orales)	NO		
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias	NO		
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales	NO		

2. PROTESIS PARCIAL FIJA LIBRE DE METAL



HISTORIA CLINICA

Consultorio odontológico

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido	Rodriguez	Segundo apellido	Arbolvia	Nombre(s)	Maria Eugenia														
Documento de identidad N°	43.793.904	CC	X	TI		RC		sexo	M		F	X	Edad	51					
Fecha de nacimiento	11 febrero 1974	Estado civil	Soltera	Ocupación	Ama de casa	Aseguradora	Sura Salud	Tipo de vinculación	C	B	S	X							
Lugar de residencia	San Vicente	Dirección de la residencia	calle 57 #50 66	teléfono		Celular	3007804563												
Nombre del responsable	Juan Fernando Rodriguez	Parentesco	hijo	Teléfono	3216925670														
Nombre del acompañante	Maleily Isaza	Teléfono del acompañante	313 773 7932.																

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para hacerme 2 coronas dentales"

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 51 años de edad asintomatica que asiste a cita odontologica para realizar coronas

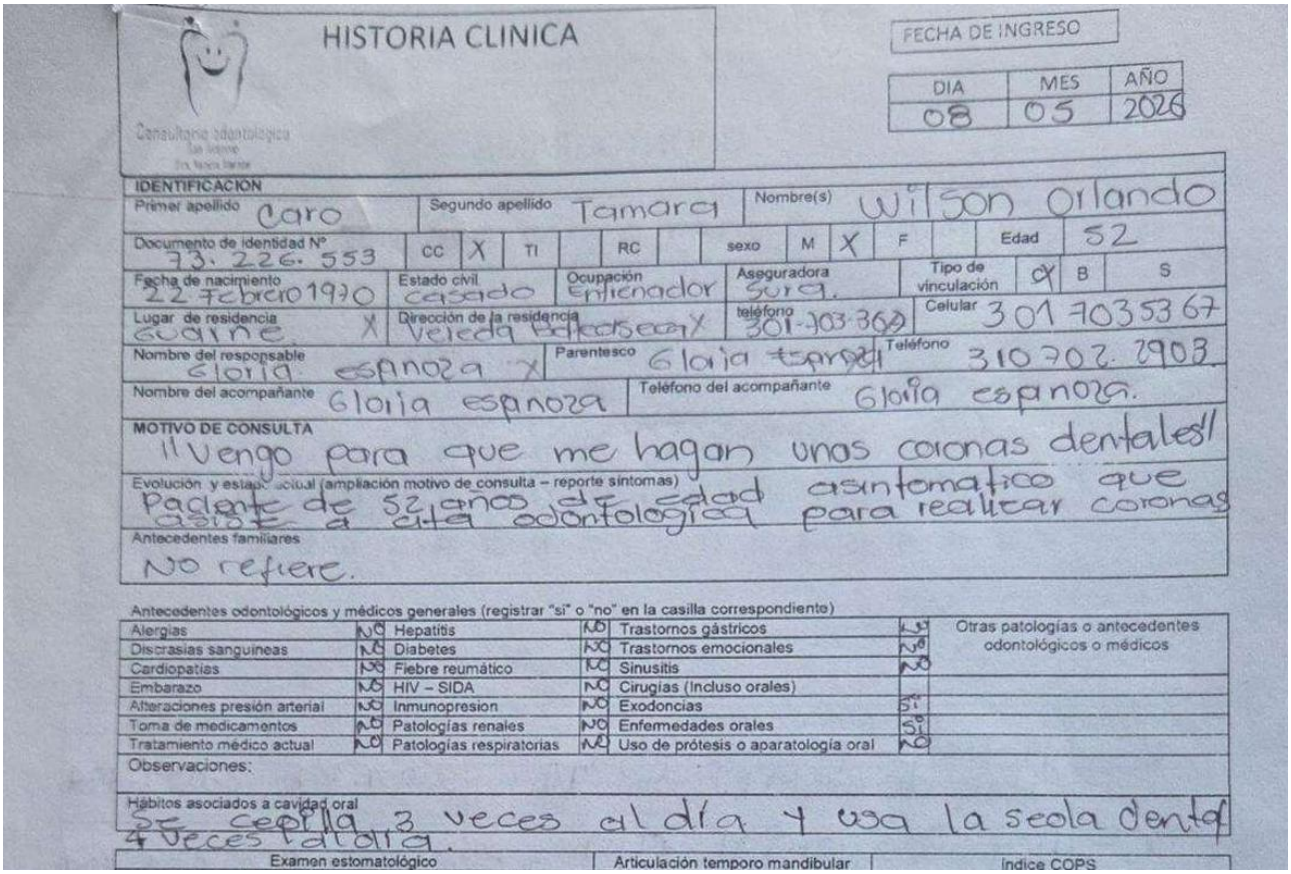
Antecedentes familiares

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos	
Discrasias sanguíneas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO		
Cardiopatías	NO	Fiebre reumática	NO	Sinusitis	NO		
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (incluso orales)			
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias	SI		
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales	SI		
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral	NO		

Observaciones:

Hábitos asociados a cavidad oral



HISTORIA CLINICA

Consultorio odontológico

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido	Caro	Segundo apellido	Tamara	Nombre(s)	Wilson Orlando														
Documento de identidad N°	73.226.553	CC	X	TI		RC		sexo	M	X	F		Edad	52					
Fecha de nacimiento	22 febrero 1970	Estado civil	casado	Ocupación	Entrenador	Aseguradora	Sura.	Tipo de vinculación	C	B	S								
Lugar de residencia	Guaine.	Dirección de la residencia	Vereda Palestina	teléfono	301-703-369	Celular	3017035367												
Nombre del responsable	Gloria Espinoza	Parentesco	Gloria Espinoza	Teléfono	310702.7903														
Nombre del acompañante	Gloria Espinoza	Teléfono del acompañante	Gloria Espinoza.																

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para que me hagan unas coronas dentales"

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 52 años de edad asintomatico que asiste a cita odontologica para realizar coronas

Antecedentes familiares

No refiere.

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos	
Discrasias sanguíneas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO		
Cardiopatías	NO	Fiebre reumática	NO	Sinusitis	NO		
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (incluso orales)			
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias	SI		
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales	SI		
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral	NO		

Observaciones:

Hábitos asociados a cavidad oral

Se cepilla 3 veces al día y usa la seola dental 4 veces al dia.

Examen estomatológico	Articulación temporo mandibular	Indice COPS

3. PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE

Consultorio odontológico

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido	Munera	Segundo apellido	Bermudez	Nombre(s)	Gloria cecilia													
Documento de identidad Nº	32 310.720	CC	X	TI		RC		sexo	M		F	X	Edad	72				
Fecha de nacimiento	17-Enero 1953	Estado civil	casada	Ocupación		Aseguradora		Tipo de vinculación	C	B	S							
Lugar de residencia	Guainc	Dirección de la residencia		teléfono		Celular												
Nombre del responsable	Faber Ospina	Parentesco	hijo	Teléfono	301 30 70758													
Nombre del acompañante	Faber Ospina	Teléfono del acompañante																

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para que me hagan 2 protesis.

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 72 años de edad asintomatica que asiste a cita odontologica para realizar protesis dentales

Antecedentes familiares

No refiere.

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos	
Discrasias sanguineas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO		
Cardiopatias	NO	Fiebre reumático	NO	Sinusitis	NO		
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (incluso orales)	NO		
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias	SI		
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales	SI		
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral			

Observaciones:

Hábitos asociados a cavidad oral

Se cepilla 3 veces al día y usa seda dental 1 vez. al día.

Examen estomatológico				Articulación temporo mandibular		Indice COPS	
Estructura	Sano	Estructura	Sano	Hallazgos clínicos			
				Ruidos	NO		Nº
Labio inferior	SI	Oro faringe	SI	Desviación	NO	Cariados	
Labio superior	SI	Paladar	SI	Cambio de volumen	NO	Obturados	

HISTORIA CLINICA

Consultorio odontologico

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido	Zapata	Segundo apellido	Ospina	Nombre(s)	Ilfana Patricia													
Documento de identidad Nº	43 210 698	CC	X	TI		RC		sexo	M		F	X	Edad	49				
Fecha de nacimiento	20-02-1976	Estado civil	Soltera	Ocupación		Aseguradora		Tipo de vinculación	C	B	S							
Lugar de residencia	Guainc	Dirección de la residencia	calle 54 #49-23	teléfono		Celular	302 294 8128											
Nombre del responsable	Feiney Zapata Ospina	Parentesco	Hermano	Teléfono	302 294 8128													
Nombre del acompañante	Feiney Zapata	Teléfono del acompañante	302 294 8128															

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para que me hagan 2 protesis de dientes"

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 49 años de edad asintomatica que asiste a cita odontologica para realizar protesis dentales

Antecedentes familiares

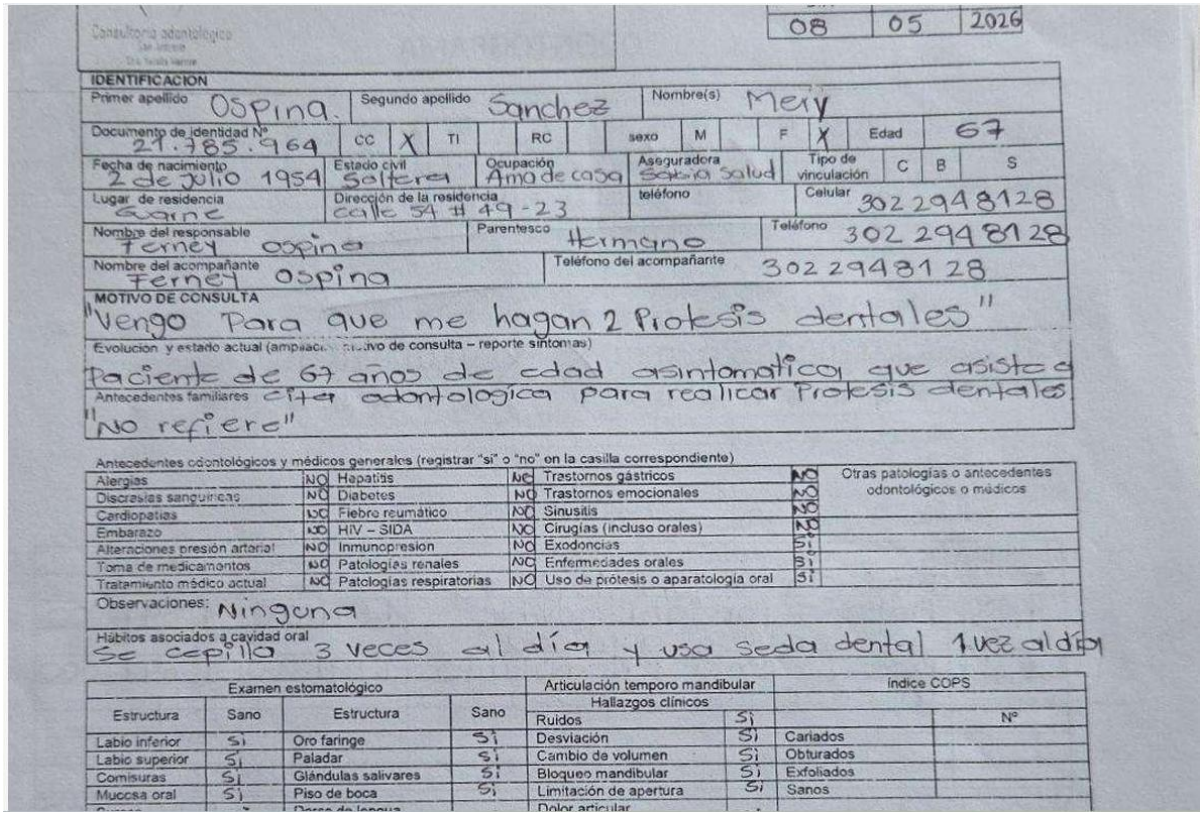
No refiere

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos	
Discrasias sanguineas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO		
Cardiopatias	NO	Fiebre reumático	NO	Sinusitis	NO		
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (incluso orales)	NO		
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias			
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales			
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral			

Observaciones:

Hábitos asociados a cavidad oral



Consultoria odontologica

08 | 05 | 2026

IDENTIFICACION

Primer apellido: Ospina.	Segundo apellido: Sanchez	Nombre(s): Mery												
Documento de identidad N°: 21.785.964	CC: X	TI:	RC:		sexo: M:	F: X	Edad: 67							
Fecha de nacimiento: 2 de julio 1954	Estado civil: Soltera	Ocupación: Ama de casa	Aseguradora: Sanna salud	Tipo de vinculación: C	B	S								
Lugar de residencia: Guane	Dirección de la residencia: calle 54 # 49-23	teléfono	Celular: 3022948128											
Nombre del responsable: Ferney ospina	Parentesco: Hermano	Teléfono: 3022948128												
Nombre del acompañante: Ferney ospina	Teléfono del acompañante: 3022948128													

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo Para que me hagan 2 Protesis dentales"

Evolucion y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 67 años de edad asintomatica que asiste a cita odontologica para realizar Protesis dentales

Antecedentes familiares

"No refiere"

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

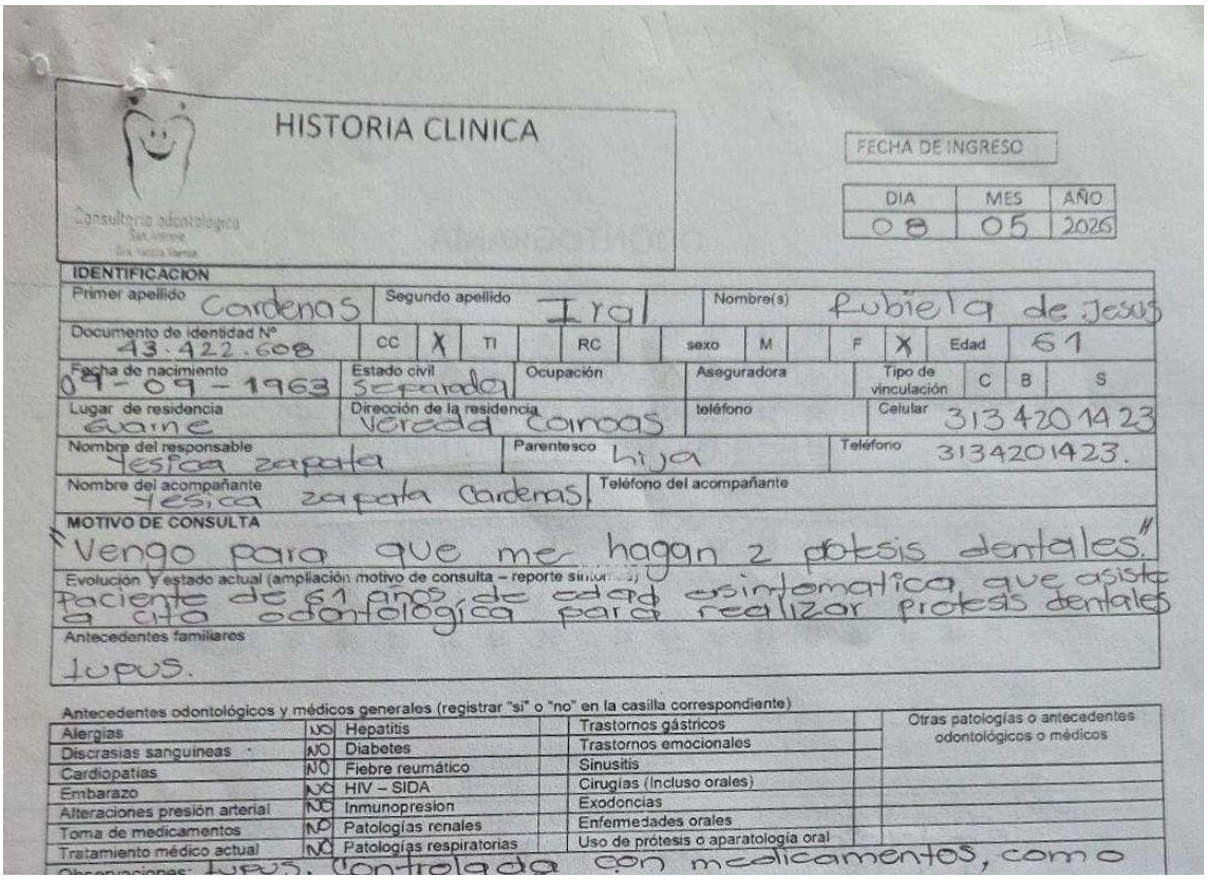
						Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos
Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	
Discrasias sanguíneas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO	
Cardiopatías	NO	Fiebre reumático	NO	Sinusitis	NO	
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (incluso orales)	NO	
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias	Si	
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales	Si	
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral	Si	

Observaciones: Ninguna

Hábitos asociados a cavidad oral

Se cepilla 3 veces al día y usa seda dental 1 vez al día

Examen estomatológico				Articulación temporo mandibular		Índice COPS	
Estructura	Sano	Estructura	Sano	Hallazgos clínicos			N°
Labio inferior	Si	Oro faringe	Si	Ruidos	Si		
Labio superior	Si	Paladar	Si	Desviación	Si	Cariados	
Comisuras	Si	Glándulas salivares	Si	Cambio de volumen	Si	Obturados	
Mucosa oral	Si	Piso de boca	Si	Bloqueo mandibular	Si	Exfoliados	
				Limitación de apertura	Si	Sanos	
				Dolor articular			



Consultoria odontologica

HISTORIA CLINICA

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido: Cardenas	Segundo apellido: Iral	Nombre(s): Rubiela de Jesus												
Documento de identidad N°: 43.422.608	CC: X	TI:	RC:		sexo: M:	F: X	Edad: 61							
Fecha de nacimiento: 09-09-1963	Estado civil: Separada	Ocupación	Aseguradora	Tipo de vinculación: C	B	S								
Lugar de residencia: Guane	Dirección de la residencia: Vereda Caimas	teléfono	Celular: 3134201423											
Nombre del responsable: Yesica zapata	Parentesco: hija	Teléfono: 3134201423.												
Nombre del acompañante: Yesica zapata Cardenas	Teléfono del acompañante													

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para que me hagan 2 protesis dentales."

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 61 años de edad asintomatica, que asiste a cita odontologica para realizar protesis dentales

Antecedentes familiares

lupus.

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

						Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos
Alergias	NO	Hepatitis		Trastornos gástricos		
Discrasias sanguíneas	NO	Diabetes		Trastornos emocionales		
Cardiopatías	NO	Fiebre reumático		Sinusitis		
Embarazo	NO	HIV – SIDA		Cirugías (incluso orales)		
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion		Exodoncias		
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales		Enfermedades orales		
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias		Uso de prótesis o aparatología oral		

Observaciones: lupus. Controlada con medicamentos, como

4. PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE METAL ACRILICO

HISTORIA CLINICA

Consultorio odontológico

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido: Granada	Segundo apellido: Melan						Nombre(s): Juan Diego												
Documento de identidad Nº: 98 514 663	CC	X	TI		RC		sexo	M	X	F		Edad: 61							
Fecha de nacimiento: 07-02-64	Estado civil: Soltero		Ocupación: Directa tanto				Aseguradora					Tipo de vinculación	C	B	S				
Lugar de residencia: Guarne	Dirección de la residencia: la candelaria.						teléfono					Celular: 3247414264							
Nombre del responsable: Nora Granada							Parentesco: Hermana					Teléfono: 300 7712701							
Nombre del acompañante: Nora Granada							Teléfono del acompañante: 3007712701.												

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para que me hagan 2 Protesis.

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 61 años de edad asintomatica que asiste a cita odontologica para realizar protesis

Antecedentes familiares

No refiere.

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos	
Discrasias sanguíneas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO		
Cardiopatías	NO	Fiebre reumático	NO	Sinusitis	SI		
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (Incluso orales)			
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias			
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales			
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral			

Observaciones:

HISTORIA CLINICA

ESFENAWI

Consultorio Odontologico

Dra. Sarvia Alarcón

#1

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

NTIFICACION

er apellido: García	Segundo apellido: Lopez						Nombre(s): Noriel de Jesus.												
umento de identidad Nº: 70.078.541	CC	X	TI		RC		sexo	M	X			Edad: 70							
ha de nacimiento: 15. NOV. 1954	Estado civil: casado		Ocupación: Pensionado				Aseguradora					Tipo de vinculación	A	B	S				
ar de residencia: Guarne	Dirección de la residencia						teléfono					Celular: 310 808 4633							
nbre del responsable							Parentesco					Teléfono: 305 933 8846							
mbre del acompañante: Gloria Herrera							Teléfono del acompañante: 305 933 8846.												

TIVO DE CONSULTA

Vengo para que me hagan 2 protesis

olución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

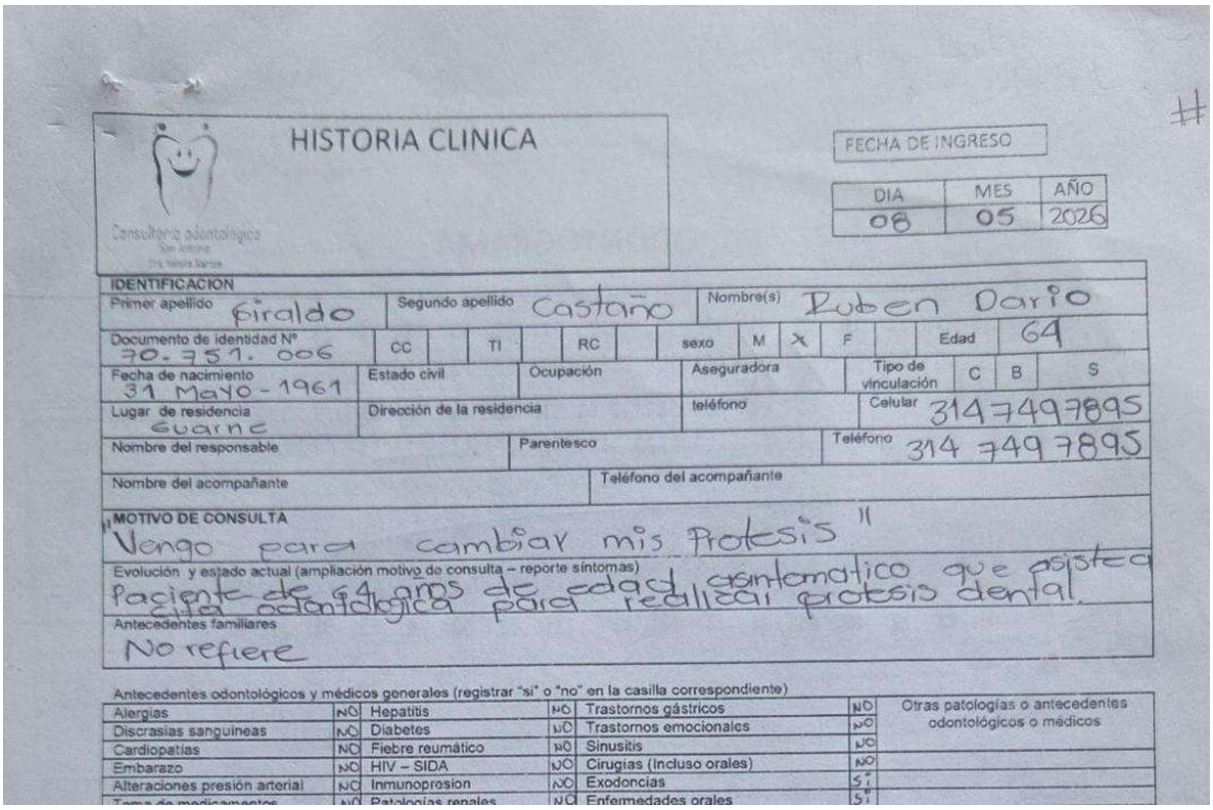
Paciente de 70 años de edad asintomatico que asiste a cita odontologica para realizar protesis dentales

tecedentes familiares

o refiere

tecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

rgias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos	
crasias sanguíneas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO		
rdiopatías	NO	Fiebre reumático	NO	Sinusitis	NO		
barazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (Incluso orales)	NO		
eraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias	SI		
ma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales	SI		
tamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral	NO		



HISTORIA CLINICA

Consultorio odontológico

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

#

IDENTIFICACION

Primer apellido	Giraldo	Segundo apellido	Castaño	Nombre(s)	Ruben Dario													
Documento de identidad Nº	70.751.006	CC		TI		RC		sexo	M	X	F		Edad	64				
Fecha de nacimiento	31 Mayo - 1961	Estado civil		Ocupación		Aseguradora		Tipo de vinculación	C	B	S							
Lugar de residencia	Guarne	Dirección de la residencia				teléfono		Celular	3147497895									
Nombre del responsable		Parentesco				Teléfono	314 749 7895											
Nombre del acompañante		Teléfono del acompañante																

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para cambiar mis Protesis"

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 64 años de edad asintomatico que asiste cita odontologica para realizar protesis dental.

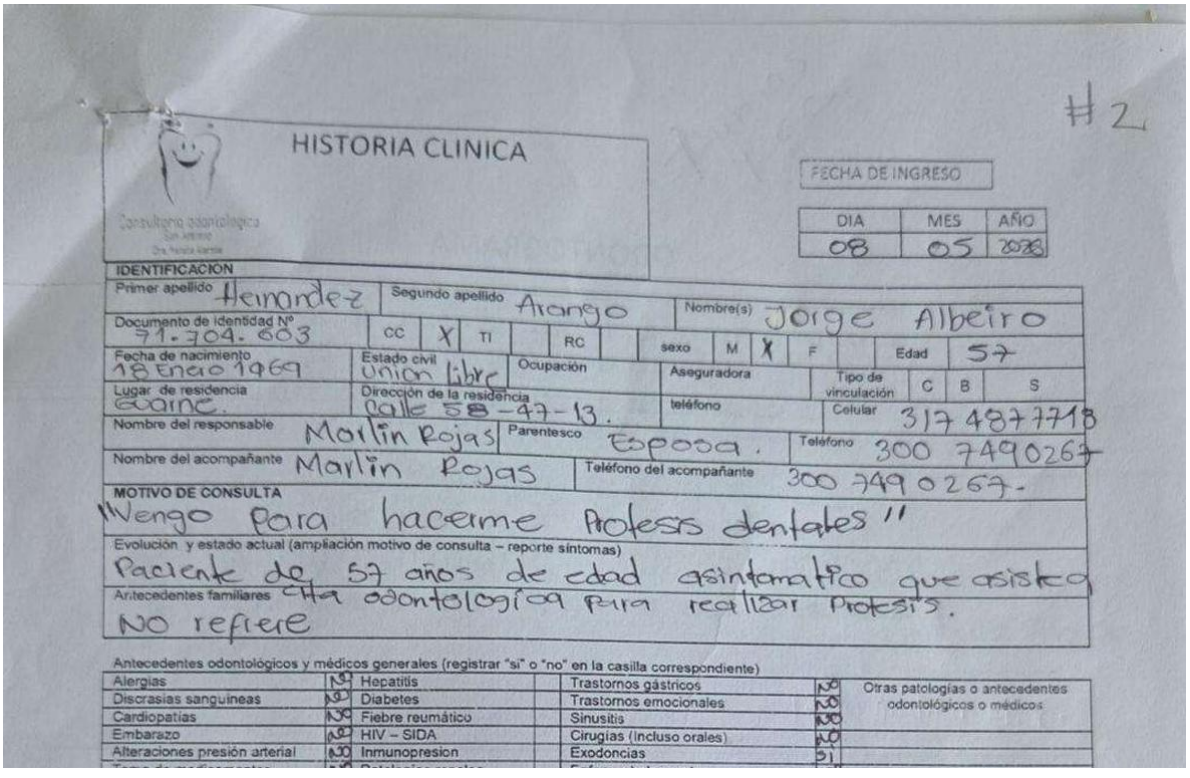
Antecedentes familiares

No refiere

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos
Discrasias sanguineas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO	
Cardiopatias	NO	Fiebre reumático	NO	Sinusitis	NO	
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugias (Incluso orales)	NO	
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunoprosion	NO	Exodoncias	SI	
		Patologías renales	NO	Enfermedades orales	SI	

5. PROTESIS TIPO ACKER



HISTORIA CLINICA

Consultorio odontológico

#2

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido	Hernandez	Segundo apellido	Arango	Nombre(s)	Jorge Albeiro													
Documento de identidad Nº	71.704.603	CC	X	TI		RC		sexo	M	X	F		Edad	57				
Fecha de nacimiento	18 Enero 1969	Estado civil	Union libre	Ocupación		Aseguradora		Tipo de vinculación	C	B	S							
Lugar de residencia	Guarne.	Dirección de la residencia	Calle 58-47-13.			teléfono		Celular	317 4877718									
Nombre del responsable	Marlin Rojas	Parentesco	Esposa.			Teléfono	300 7490267											
Nombre del acompañante	Marlin Rojas	Teléfono del acompañante	300 7490267.															

MOTIVO DE CONSULTA

"Vengo para hacerme Protesis dentales"

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

Paciente de 57 años de edad asintomatico que asiste cita odontologica para realizar Protesis.

Antecedentes familiares

NO refiere

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis		Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos
Discrasias sanguineas	NO	Diabetes		Trastornos emocionales	NO	
Cardiopatias	NO	Fiebre reumático		Sinusitis	NO	
Embarazo	NO	HIV – SIDA		Cirugias (Incluso orales)	NO	
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion		Exodoncias	SI	

HISTORIA CLINICA

Consultoria odontologica

FECHA DE INGRESO

DIA	MES	AÑO
08	05	2026

IDENTIFICACION

Primer apellido: Murillo	Segundo apellido: Gómez	Nombre(s): Paola Andrea											
Documento de identidad Nº: 43.211.187	CC: X	TI:	RC:		sexo: M		F: X	Edad: 44					
Fecha de nacimiento: 2 Agosto 1980	Estado civil: casada	Ocupación: oficios varios	Aseguradora: Sura	Tipo de vinculación: X	B	S							
Lugar de residencia: confama	Dirección de la residencia: calle 35B # 46-35	teléfono	Celular: 324 474 6858										
Nombre del responsable: Juan Carlos Carvajal	Parentesco: Esposo	Teléfono: 300 477 9696.											
Nombre del acompañante: Juan Carlos Carvajal	Teléfono del acompañante: 300 477 9696.												

MOTIVO DE CONSULTA

Vengo para que me realicen una Prótesis"

Evolución y estado actual (ampliación motivo de consulta – reporte síntomas)

paciente de 44 años de edad asintomatica que asiste a cita odontologica para realizar Protesis

Antecedentes familiares

Hipertension " madre "

Antecedentes odontológicos y médicos generales (registrar "si" o "no" en la casilla correspondiente)

Alergias	NO	Hepatitis	NO	Trastornos gástricos	NO	Otras patologías o antecedentes odontológicos o médicos
Discrasias sanguíneas	NO	Diabetes	NO	Trastornos emocionales	NO	
Cardiopatías	NO	Fiebre reumática	NO	Sinusitis	NO	
Embarazo	NO	HIV – SIDA	NO	Cirugías (Incluso orales)	NO	
Alteraciones presión arterial	NO	Inmunopresion	NO	Exodoncias	SI	
Toma de medicamentos	NO	Patologías renales	NO	Enfermedades orales	NO	
Tratamiento médico actual	NO	Patologías respiratorias	NO	Uso de prótesis o aparatología oral	NO	

Observaciones:

Exodoncia de 35 "Premolar"

Hábitos asociados a cavidad oral