



Universidad Nacional
Autónoma de México

Facultad de
Odontología



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA CLÍNICA DE
RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO
PRESUNTIVO
(CREDP)**

2015



La Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de México, en cumplimiento con los lineamientos señalados en la normatividad oficial mexicana, ha elaborado los Manuales de Procedimientos Clínicos para garantizar que el quehacer cotidiano en las clínicas responda a las expectativas de calidad en los servicios de salud que aquí se ofrecen.

El principal interés es uniformar criterios y procedimientos para la atención del paciente vía el planteamiento y designación específicos de los objetivos, alcances y responsabilidades, así como la definición detallada del personal y los insumos necesarios para su consecución. Bajo estos lineamientos, se presentan los manuales para las clínicas de licenciatura y posgrado.

Responsables de su elaboración e integración:

Esp. Elizabeth Raquel Powell Castañeda

Esp. Justo Candelario Zapata Acosta

Participación:

C. D. Karina Curioca Rey

Esp. Rodrigo Enrique Guzmán Lemus

C. D. Horacio Moctezuma Morán Enríquez

C. D. Griselda Beatriz O'Cádiz Salazar

Asesoría:

Lic. María González García

Mtra. Magdalena Paulin Pérez

ÍNDICE

I. Introducción	4
II. Objetivo	5
III. Procedimientos	
1. Solicitud de estudiantes prestadores del Servicio Social	6
2. Capacitación de estudiantes prestadores del Servicio Social	10
3. Recepción del paciente	14
4. Recopilación y evaluación de la información del paciente	21
5. Integración del expediente Clínico Único (ECU) y resguardo de documentación	31
6. Reposición del carnet	35
7. Manejo de los residuos biológico - infecciosos	40
IV. Anexos	

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales, son consideradas como uno de los principales problemas de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia en todas las regiones del mundo. Representan una carga para la población, afectando sobre todo a los más desfavorecidos y marginados socialmente¹. En México, se ha documentado que la prevalencia de caries dental se encuentra entre el 50 y 90% de la población². Las estrategias para la promoción, prevención y protección de la salud bucal, aún no han surtido el efecto deseado.

La Facultad de Odontología cuenta desde 1989 con la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP), lugar de primer contacto para la recepción, registro, valoración y distribución de la amplia población que recibe atención odontológica dentro de esta institución acorde a sus necesidades clínicas.

Este manual ha sido elaborado como una herramienta administrativa, que facilite los procedimientos, a través de la descripción de los materiales y métodos empleados para llevar a cabo las actividades a realizar en la Clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) de la Facultad de Odontología U.N.A.M., así como las responsabilidades de cada uno de los que colaboran en ella y permite presentar una información detallada de dichos procedimientos.

¹ Perfil epidemiológico de la salud bucal en México 2010, Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica/ Secretaría de Salud/ Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud/ Dirección General de Epidemiología, Junio 2011.

² Programa de Salud Bucal. Encuesta Nacional de Caries Dental 2001. México: Secretaría de Salud-Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades; 2006.

II. OBJETIVO

El manual de la clínica de Recepción, Evaluación y Diagnóstico Presuntivo (CREDP) ha sido estructurado para su uso en el área operativa conforme a la reglamentación de los procedimientos, incluyendo las actividades para el diagnóstico presuntivo oportuno.

Contar con una guía para la formación del nuevo personal académico que se anexe a la plantilla docente de la CREDP, así como para los estudiantes del servicio social adscritos a ella, y permitir evaluar las actividades y efectividad del trabajo clínico.

Determinar las actividades que se deben realizar dentro de la Clínica de Admisión CREDP, para la consecución de los objetivos para los cuales fue creada, así como detectar cuales pueden implementarse, modificarse o eliminar, de acuerdo a sus necesidades.

Facilitar la recolección de información de una manera sistematizada y eficiente, para efectuar una canalización adecuada a las clínicas correspondientes.

Optimizar los recursos humanos, materiales y tecnológicos, para lograr la eficiencia y eficacia en el manejo de archivos físicos y electrónicos.

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	SOLICITUD DE ESTUDIANTES PRESTADORES DEL SERVICIO SOCIAL
Propósito	Solicitar mediante oficio, estudiantes prestadores del Servicio Social para llevar a cabo las diferentes actividades realizadas en la CREDP, en un período comprendido de 960 horas.
Alcance	Secretaría General
	Secretaría Administrativa
	Secretaría de Asuntos Estudiantiles
	CREDP
Referencias	No aplica
Responsabilidades	Coordinación de la CREDP
	Coordinación de Servicio Social
	Estudiante prestador del Servicio Social

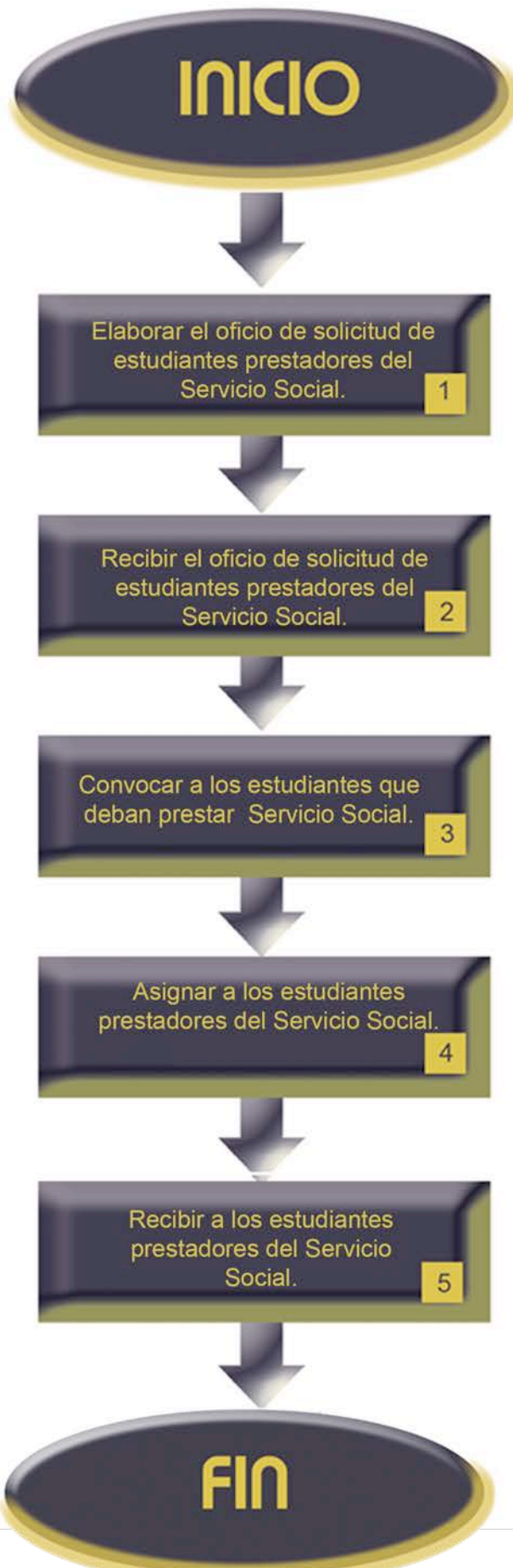
	Espacio Físico	Materiales
Insumos	Oficina de la Coordinación de la CREDP	Equipo de cómputo: impresora, internet
		Hojas blancas tipo bond

Indicaciones	Disponer de estudiantes prestadores del Servicio Social para el adecuado funcionamiento en las actividades de la CREDP.
Contraindicaciones	No disponer de la cantidad de estudiantes necesaria para el desarrollo de las actividades de la CREDP.

Personal	Estudiantes prestadores del Servicio Social
	Secretario de Asuntos Estudiantiles
	Coordinador del Servicio Social
	Coordinadores de la CREDP

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Coordinadores de la CREDP	Elaboran el oficio de solicitud de estudiantes prestadores del Servicio Social.	Oficio
2	Secretario de Asuntos Estudiantiles	Recibe el oficio de solicitud de estudiantes prestadores del Servicio Social.	
3	Secretario de Asuntos Estudiantiles	Convoca a los estudiantes que deban prestar Servicio Social.	
4	Coordinador del Servicio Social	Asigna a los estudiantes prestadores del Servicio Social.	
5	Coordinadores de la CREDP	Reciben a los estudiantes prestadores del Servicio Social.	

Anexos	Formato de oficio de solicitud de estudiantes prestadores del Servicio Social
--------	---



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	CAPACITACIÓN DEL ESTUDIANTE PRESTADOR DEL SERVICIO SOCIAL
Propósito	Capacitar al estudiante prestador del Servicio Social para la integración del Expediente clínico único (ECU).
Alcance	Secretaría General
	Secretaría Administrativa
	CREDP
Referencias	Examen diagnóstico, DeGowin, 9a edición, Mc Graw Hill, 2010:3
	Semiología médica, Álvarez, Ed. Panamericana, 2013: 57
	Semiología médica y técnica exploratoria, Suros Masson 7ª ed 1998: 1
	Síntomas y signos cardinales de las enfermedades, Jinich, Manual Moderno, 2009: 11
	Harrison, Medicina Interna, 18ª edición, Longo, Mc Graw Hill, 2011: 1
	Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico
Responsabilidades	Coordinación de la CREDP
	Docente
	Estudiante prestador del Servicio Social

	Espacio Físico	Materiales
Insumos	Aula con energía eléctrica	Equipo de cómputo: Internet, cañón
	Sillas	Manuales y reglamentos
	Pupitres	Formato de historia clínica
		Glosario
		Plumones
	Borrador	

Indicaciones	Unificación de criterios.
Contraindicaciones	No asistir a la capacitación en tiempo y forma.

Personal	Estudiante prestador del Servicio Social
	Docente
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Coordinador	Supervisa la asistencia al curso de capacitación de los prestadores del Servicio Social.	Lista de asistencia
2	Coordinador	Explica el reglamento interno de la CREDP.	Reglamento CREDP
3	Coordinador	Entrega guía para el llenado de la historia clínica.	Guía de la historia clínica
4	Coordinador	Entrega glosario de terminología médica.	Glosario
5	Coordinador	Capacita al prestador del Servicio Social según los documentos de soporte.	
6	Docente y/o docente invitado	Expone temas relacionados con las actividades a realizar durante el servicio social.	Material didáctico

Anexos	Formato del reglamento interno de estudiantes prestadores del Servicio Social
	Guía de llenado de historia clínica
	Formato de glosario
	Material didáctico



INICIO

Supervisar la asistencia al curso de capacitación de los prestadores del Servicio Social. **1**

Explicar el reglamento interno de la CREDP. **2**

Entregar guía para el llenado de la historia clínica. **3**

Entregar glosario de terminología médica. **4**

Capacitar al prestador del Servicio Social según los documentos de soporte. **5**

Exponer temas relacionados con las actividades a realizar durante el Servicio Social. **6**

FIN

PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	RECEPCIÓN DEL PACIENTE
Propósito	Informar al paciente las acciones a seguir para recibir la atención en la CREDP.
Alcance	Secretaría General
	Secretaría Administrativa
	CREDP
Referencias	No aplica
Responsabilidades	Coordinación de CREDP
	Docente
	Estudiante prestador del Servicio Social

	Espacio físico	Materiales
Insumos	Sala de espera de la CREDP	Equipo de cómputo: internet, webcam y pantalla indicadora de turnos
	Cesto de basura	Impresora de Historias Clínicas
		Impresora de carnets
		Cartuchos
		Hojas de papel tipo bond
		Carnets
		Formatos
		Folders
		Cinta adhesiva transparente
		Clips
		Corrector
		Bolígrafo
		Lápices
		Marcadores
		Marca textos
Guantes		
Rollos numeradores de turno impreso		

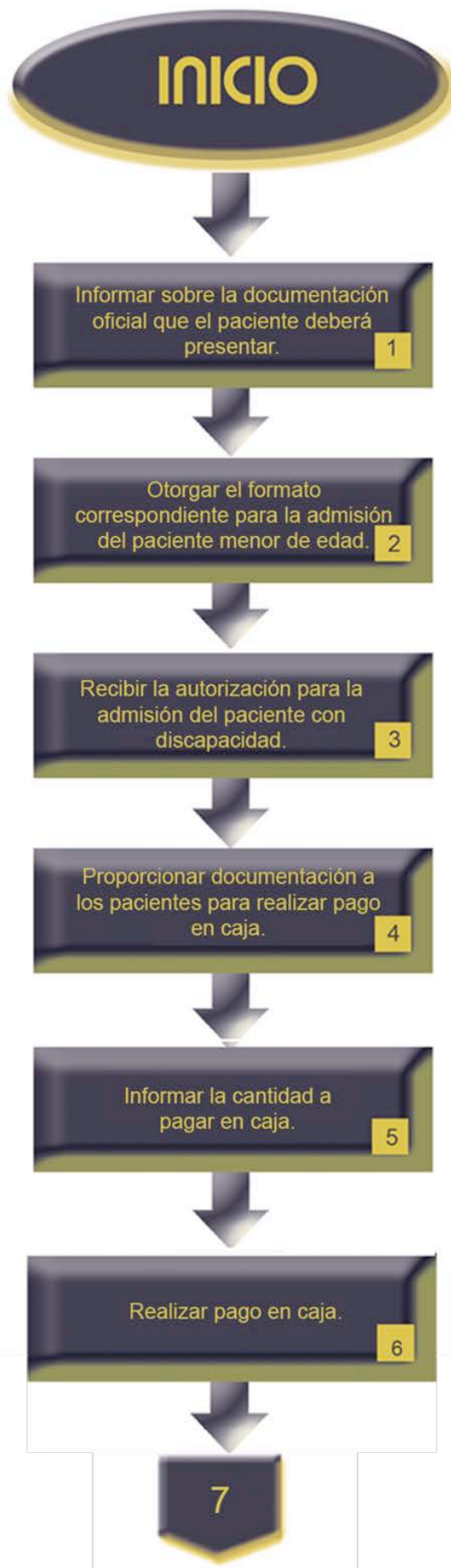
Indicaciones	Paciente que solicite atención odontológica en las instalaciones de la Facultad de Odontología, U.N.A.M.
	Paciente menor de edad acompañado de padre, madre o tutor.
	Paciente con discapacidad acompañado de padre, madre o tutor.
Contraindicaciones	Pacientes que no cubran los requisitos solicitados (IFE, INAPAM, pasaporte, cédula profesional, cartilla militar).
	Pacientes que se nieguen a proporcionar la información solicitada.
	Falsificación o alteración de información oficial para la atención del paciente.
Complicaciones	No aplica

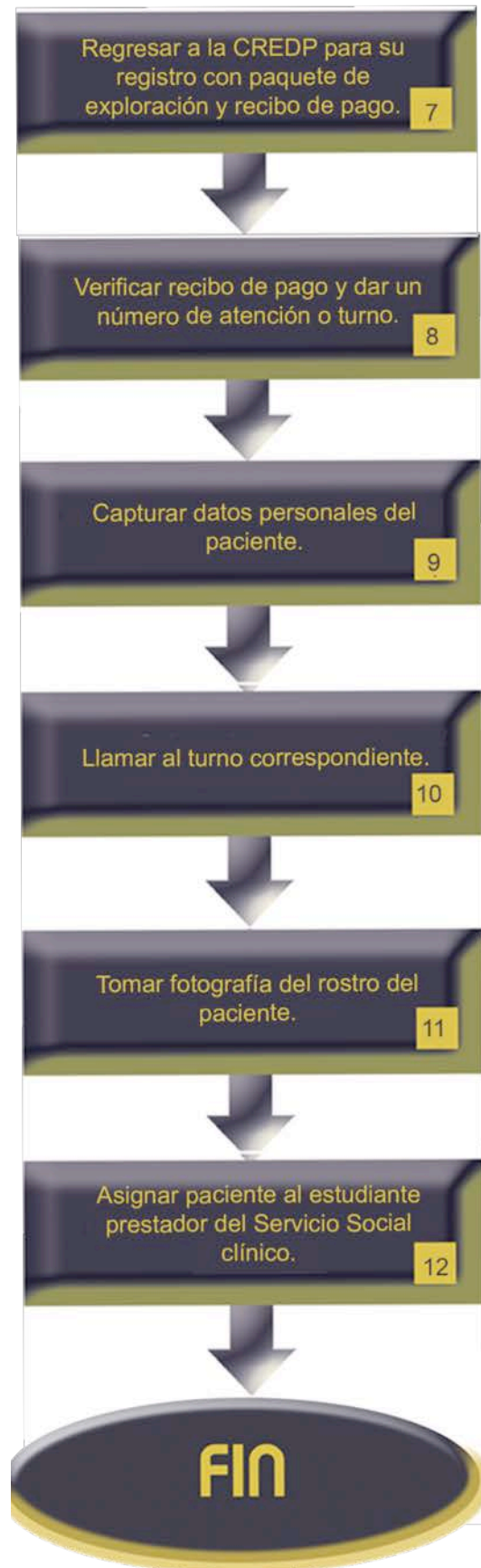
Personal	Estudiante prestador del Servicio Social
	Docente
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Informa sobre la documentación oficial que el paciente deberá presentar.	
2	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Otorga el formato correspondiente para la admisión del paciente menor de edad.	Formato
3	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Recibe la autorización para la admisión del paciente con discapacidad.	Identificación oficial o responsiva
4	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Proporciona documentación a los pacientes para realizar pago en caja.	Formato
5	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Informa la cantidad a pagar en caja.	
6	Paciente	Realiza pago en caja.	Recibo de pago
7	Paciente	Regresa a la CREDP para su registro con paquete de exploración y recibo de pago.	Recibo de pago
8	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Verifica recibo de pago y da un número de atención o turno.	Recibo de pago y rollos de número de turno impreso
9	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Captura datos personales del paciente.	Ficha de identificación de la historia clínica

10	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Llama al turno correspondiente.	Número de turno impreso
11	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Toma fotografía del rostro del paciente.	Archivo digital fotográfico
12	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Asigna paciente al estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la integración del ECU.	Registro digital del número de expediente ECU

Anexos	Formato de consentimiento de atención a menores de edad
	Identificación oficial
	Formato de indicaciones para el ingreso y atención de pacientes
	Recibo de pago
	Rollos de número de turno impreso
	Ficha de identificación de la historia clínica
	Archivo digital fotográfico





PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	RECOPIACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE
Propósito	Recabar información del paciente para elaborar el ECU.
Alcance	Secretaría General
	Secretaría Administrativa
	CREDP
Referencias	No aplica
Responsabilidades	Coordinación de CREDP
	Docente
	Estudiante prestador del Servicio Social

	Espacio Físico	Materiales
Insumos	Área clínica de la CREDP	Bata desechable
		Gorro
		Guantes
		Mascara de protección
		Paquete de exploración: Charola, babero, espejo, pinza, explorador
	Unidades dentales	Estetoscopio
		Esfigmomanómetro
		Bolígrafo
		Tabla portapapeles
		Tabletas electrónicas

Indicaciones	Pacientes que soliciten atención odontológica en las instalaciones de la Facultad de Odontología, U.N.A.M y que cumplan con los requisitos.
	Pacientes menores de edad acompañados de padre, madre o tutor.
	Pacientes con discapacidad acompañados de padre, madre, tutor o responsable.
Contraindicaciones	Pacientes que no cubran los requisitos solicitados (IFE, INAPAM, pasaporte, cédula profesional, cartilla militar).
	Pacientes que se nieguen a proporcionar la información solicitada.
Complicaciones	No aplica

Personal	Estudiante prestador del Servicio Social
	Docente
	Personal de limpieza

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Verifica los datos personales del paciente, cotejándolos con la identificación que presente.	Archivo digital Identificación oficial
2	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Realiza el interrogatorio por sistemas al paciente (padre o tutor en caso de ser menor o con alguna discapacidad).	Historia clínica digital
3	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Determina la ruta clínica de acuerdo a las necesidades de tratamiento del paciente.	Historia clínica digital
4	Docente	Revisa que la información recabada sea correcta.	Historia clínica digital
5	Docente	Revisa que la ruta clínica asignada sea la adecuada.	Historia clínica digital
6	Docente	Solicita interconsulta, en caso de ser necesario; retiene el carnet hasta que el paciente entregue la constancia médica.	Formato de interconsulta Carnet
7	Docente	Coloca su firma digital.	Historia clínica digital

8	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Envía el documento para su impresión.	Historia clínica impresa
9	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Explica al paciente la ruta clínica que requiere para su atención odontológica.	Historia clínica impresa
10	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Recopila la rúbrica del paciente en ambas hojas de la historia clínica.	Historia clínica impresa
11	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Coloca su rúbrica en ambas hojas de la historia clínica.	Historia clínica impresa
12	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Recopila la rúbrica del docente en ambas hojas.	Historia clínica impresa
13	Estudiante prestador del Servicio Social clínico encargado de la elaboración de la historia clínica	Entrega al estudiante prestador de servicio social de mostrador la documentación para la integración del ECU.	Historia clínica impresa

14	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Recibe la documentación y la archiva en un folder con el número de expediente.	Historia clínica impresa
15	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Verifica la integración correcta del ECU e imprime el carnet correspondiente.	Carnet impreso
16	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Escribe en el carnet la ruta y el horario de la o las clínicas que requiera el paciente para su tratamiento.	Carnet impreso

Anexos	Archivo digital
	Identificación oficial
	Historia clínica digital
	Historia clínica impresa
	Carnet de citas impreso

INICIO

Verificar los datos personales del paciente y cotejar con la identificación que presente. 1

Realizar el interrogatorio por sistemas al paciente. 2

Determinar la ruta clínica de acuerdo a las necesidades de tratamiento del paciente. 3

Revisar que la información recabada sea correcta. 4

Revisar que la ruta clínica asignada sea la adecuada. 5

6

Solicitar interconsulta, en caso de ser necesario; retener el carnet hasta que el paciente entregue la constancia médica.

6

Colocar firma digital.

7

Enviar el documento para su impresión.

8

Explicar al paciente la ruta clínica que requiere para su atención odontológica.

9

Recopilar la rúbrica del paciente en ambas hojas de la historia clínica.

10

11



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU) Y RESGUARDO DE DOCUMENTACIÓN
Propósito	Recopilar la documentación del paciente y ordenarla para su resguardo.
Alcance	Secretaría General
	Secretaría Administrativa
	CREDP
Referencias	No aplica
Responsabilidades	Coordinación de CREDP
	Docente
	Estudiante prestador de Servicio Social

	Espacio Físico	Materiales
Insumos	Área clínica de la CREDP	Folders
		Bolígrafo
		Disco duro externo
		Cajas de archivo muerto
		Estantes
	Unidades dentales	Cinta canela
		Plumones
		Separadores alfabéticos
		Engrapadora
		Clips

Indicaciones	Integración del ECU tanto impreso como digital.
Contraindicaciones	Expedientes clínicos incompletos.
Complicaciones	No aplica

Personal	Estudiante prestador de servicio social
	Coordinador de la clínica

Descripción del procedimiento:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante prestador del Servicio Social clínico del área de mostrador	Verifica los documentos del paciente.	Archivo digital e impreso
2	Estudiante prestador del Servicio Social clínico del área de mostrador	Ordena los documentos del paciente en las carpetas correspondientes.	Archivo digital e impreso
3	Estudiante prestador del Servicio Social clínico del área de mostrador	Captura datos de los expedientes para su resguardo digital.	Archivo digital
4	Estudiante prestador del Servicio Social clínico del área de mostrador	Guarda los documentos en cajas en un determinado orden para su archivo correspondiente.	Archivo impreso
5	Estudiante prestador del Servicio Social encargado de oficina	Rotula cajas con fecha y año para su resguardo.	Archivo impreso
6	Estudiante prestador del Servicio Social encargado de oficina	Almacena cajas en el espacio asignado.	Archivo impreso

Anexos	Archivo digital
	Archivo impreso



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	REPOSICIÓN DEL CARNET
Propósito	Informar al paciente las acciones a seguir para la reposición del carnet en la CREDP.
Alcance	Secretaría General
	Secretaría Administrativa
	CREDP
Referencias	No aplica
Responsabilidades	Coordinación de CREDP
	Docente
	Estudiante prestador de Servicio Social

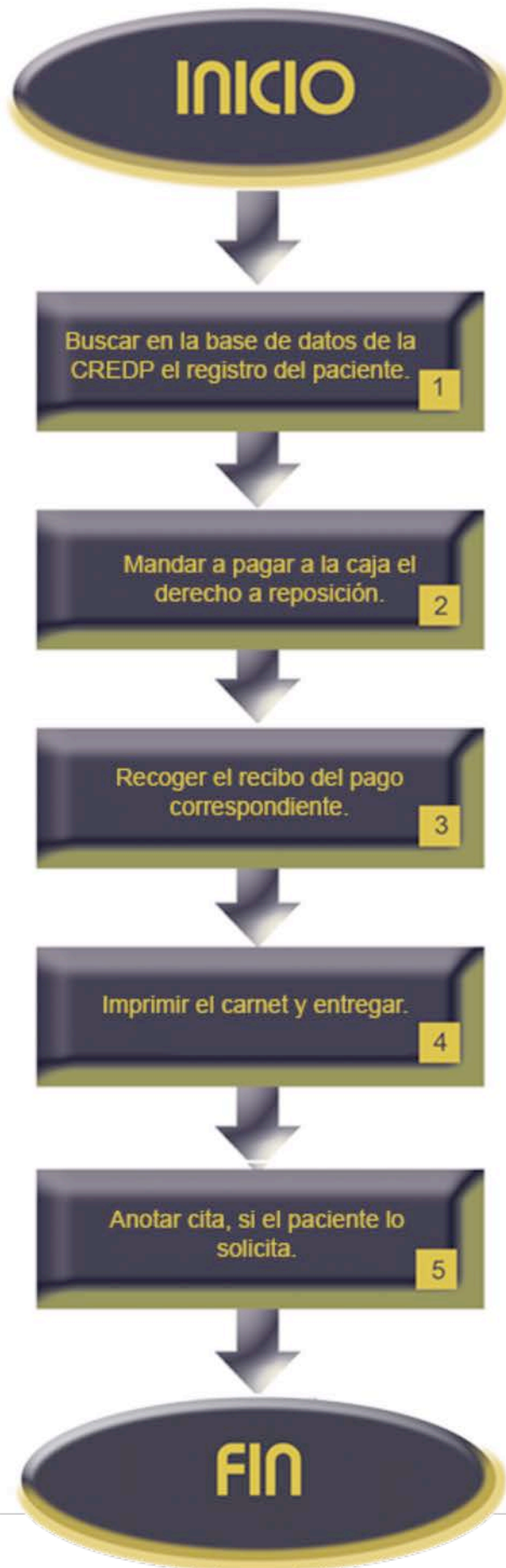
	Espacio Físico	Materiales
Insumos	Sala de espera de la CREDP	Equipo de cómputo: internet, webcam
	Cesto de basura	Impresora de historias clínicas
		Impresora de carnets
		Cartuchos
		Carnets
		Cinta adhesiva transparente
		Corrector
		Bolígrafo
		Lápices
		Marcadores
	Marca textos	

Indicaciones	Paciente que solicite la reposición del carnet en las instalaciones de la Facultad de Odontología, U.N.A.M.
	Paciente menor de edad acompañado de padre, madre o tutor para la reposición del carnet.
	Paciente con discapacidad acompañado de padre, madre o tutor para la reposición del carnet.
	Realizar el pago correspondiente en la caja de la Facultad de Odontología, U.N.A.M.
Contraindicaciones	Pacientes que no cubran los requisitos solicitados (INE, INAPAM, pasaporte, cédula profesional, cartilla militar).
	Pacientes que se nieguen a proporcionar la información solicitada.
	Falsificación o alteración de información oficial para la reposición del carnet.
	Falta del pago correspondiente en la caja de la Facultad de Odontología, U.N.A.M.
Complicaciones	No aplica

Personal	Estudiante prestador de servicio social
	Coordinador de la clínica
	Docente

Descripción del procedimiento:			
No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Busca en la base de datos de la CREDP el registro del paciente (el carnet tiene una vigencia de 5 años, después de esta fecha no tendrá validez ni derecho a reposición).	Base de datos digital
2	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Manda a pagar a la caja de la Facultad de Odontología, U.N.A.M. el derecho a reposición.	
3	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Recoge el recibo del pago correspondiente.	Recibo de pago
4	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Imprime el carnet y lo entrega.	Carnet
5	Estudiante prestador del Servicio Social de mostrador	Anota cita, si el paciente lo solicita.	Carnet

Anexos	Base de datos digital
	Recibo de pago
	Carnet de citas



PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	MANEJO DE LOS RESIDUOS BIOLÓGICO-INFECCIOSOS
Propósito	Manejar y tratar adecuadamente los residuos biológico-infecciosos para evitar contagios durante el servicio, proteger el medio ambiente y reducir costos a la institución, así como clasificarlos para su adecuada recolección.
Alcance	Secretaria General
	Servicios Generales
	CREDP
Referencias	Garza Garza, Ana María. Control de infecciones y seguridad en odontología. Manual moderno, México D.F. 2007
	Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002 Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo
	http://www.osap.or/resources/resmgr/Docs/3_manual_preencioncontroles.pdf
Responsabilidades	Coordinación de CREDP
	Docente
	Estudiante prestador de Servicio Social
	Servicios Generales

Insumos	Contenedor rojo 1 (recipiente rígido, resistente a roturas y pérdida de contenido al caerse, destructible por métodos físicos, contiene una bolsa roja intercambiable y una tapa de ensamble seguro)	Destinado para depositar exclusivamente el material contaminado por el paciente y el odontólogo/estudiante que tuvieron contacto con él (gorro, bata desechable, babero, guantes)
	Contenedor rojo 2 (recipiente rígido, resistente a roturas y pérdida de contenido al caerse, destructible por métodos físicos, contiene una bolsa roja intercambiable y una tapa de ensamble seguro)	Destinado para depositar exclusivamente espejos desechables que estuvieron en contacto con fluidos
	Contenedor para punzocortantes (bote rojo de plástico resistente a roturas por caídas accidentales, con tapa y sello)	Objetos punzocortantes que han estado en contacto con saliva o sangre del paciente (explorador y pinzas desechables)

Lineamientos	Los contenedores y sus bolsas deben estar marcados con el símbolo universal de residuo peligroso-biológico-infeccioso.
	Los recipientes y las bolsas deben permitir verificar el volumen máximo de su capacidad (80%) para evitar perforaciones o rupturas de contenedores.

Personal	Estudiante prestador de Servicio Social
	Coordinación de la clínica
	Personal docente

Descripción del procedimiento:

No.	Responsable	Actividad	Documentos de soporte
1	Estudiante prestador del Servicio Social clínico	Retira el babero del paciente y lo despide.	
2	Estudiante prestador del Servicio Social clínico	Retira, clasifica y coloca el material punzocortante, en el contenedor correspondiente.	
3	Estudiante prestador del Servicio Social clínico	Retira la bata desechable, guantes, máscara de protección, gorro y los deposita en el contenedor rojo 1.	
4	Estudiante prestador del Servicio Social clínico	Deposita el espejo desechable en el contenedor 2.	
5	Estudiante prestador del Servicio Social clínico	Desinfecta la unidad dental con productos químicos.	
6	Servicios Generales	Diseña rutas de recolección y de salida del material contaminado.	



IV. ANEXOS

1. Archivo digital fotográfico
2. Carnet de citas
3. Consentimiento de atención a menores de edad
4. Guía para el llenado de la historia clínica
5. Glosario de la historia clínica
6. Historia clínica impresa
7. Historia clínica digital
8. Identificación oficial
9. Indicaciones para el ingreso y atención de pacientes
10. Lista de asistencia
11. Oficio de solicitud de estudiantes prestadores del Servicio Social
12. Recibo de pago
13. Reglamento interno de alumnos
14. Rollos de número de turno impreso
15. Solicitud de interconsulta



BÚSQUEDAS

BUSQUEDA DE EXPEDIENTES

DE INTERÉS

- DERECHOS DEL DOCTOR
- DERECHOS DEL PACIENTE
- FLM
- PRODUCTIVIDAD
- AGREGAR ALUMNOS

SOPORTE EN LÍNEA

ATENCIÓN Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS EN EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO (ECU)

EN LÍNEA

EXPEDIENTES AL DÍA DE HOY: 0
USUARIOS CONECTADOS: 44

ZAPATA ACOSTA JUSTO CANDELARIO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TV

NOMBRE COMPLETO EXPEDIENTE

<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	40734-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	42005-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	40949-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	43004-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	42711-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	43560-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	44210-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	45299-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	46151-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	46947-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	47118-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	48111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	49111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	50111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	51111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	52111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	53111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	54111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	55111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	56111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	57111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	58111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	59111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	60111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	61111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	62111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	63111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	64111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	65111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	66111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	67111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	68111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	69111-13-14				
<input checked="" type="checkbox"/>	AGUIRRE, GUILLERMO JOSUE	70111-13-14				

CLÍNICA

AGREGAR EXPEDIENTE

SALIR DEL SISTEMA

EN CASO DE URGENCIA LLAMAR A:

	Tel.
--	------

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO SISTÉMICO

--

OBSERVACIONES:

--

TALLA Y PESO:

	m.		Kg.
--	----	--	-----

SIGNOS VITALES

Fecha	Tensión arterial	Frecuencia respiratoria	Pulso
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO



CARNET DE CITAS

No. DE EXPEDIENTE: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

<input type="checkbox"/>	REPOSICIÓN	FECHA: _____
<input type="checkbox"/>	REACTIVACIÓN	
<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN	

DATOS DE INGRESO

VIGENCIA DE: _____ A: _____		
EDAD: _____	SEXO: _____	TIPO SANGUÍNEO: _____
ALUMNO: _____		
PROFESOR: _____		
LUGAR DE EMISIÓN: _____		
RUTA CLÍNICA		
1°	5°	
2°	6°	
3°	7°	
4°	8°	
CLÍNICA ALTAS FECHA		
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /



CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN A MENORES DE EDAD

(Niños y Adolescentes)

Autorizo expresamente a _____ quien se identifica con la credencial IFE o INE, folio número _____ como responsable del menor _____ para realizar el trámite de su carnet en la CREDP de la Facultad de Odontología.

Si el adulto es, además, estudiante de esta Facultad, deberá llenar los siguientes datos:

Autorizo al estudiante _____ con número de cuenta _____ del grupo _____, realice el o los tratamientos _____ en la(s) clínica(s) _____.

Fecha

Nombre y firma del padre, madre o tutor

Documentos indispensables:

- 1. Formato del resumen clínico del menor llenado por el padre, madre o tutor.
2. Identificación oficial del IFE, o INE, por ambos lados del padre, madre o tutor.
3. Identificación oficial IFE o INE por ambos lados de la persona que acepta la responsabilidad del menor.
4. Credencial de la Facultad de Odontología (únicamente si el adulto responsable también es alumno de la facultad).

Los documentos deberán ser llenados y firmados con tinta azul



DATOS CLÍNICOS PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS MENORES DE EDAD

Instrucciones:

Este formato deberá ser llenado completamente por el Padre, Madre o Tutor, usar bolígrafo azul, cruzando las opciones que proporcionen información sobre la salud general del menor. Firmar al margen las 2 hojas y anexar fotocopia de IFE o INE.

Nombre del paciente: _____
 (apellido paterno) (apellido materno) (nombres)

Domicilio: _____
 (calle) (N°) (colonia) (código postal) (delegación o municipio)

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Teléfono (s): _____

Motivo de la consulta odontológica: _____

¿Padece alguna(s) de las siguientes enfermedades?
 (Anotar tiempo de evolución)

<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Arritmia <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Cálculos renales <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Colitis nerviosa <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Dermatitis atópica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus tipo _____	<input type="checkbox"/> Dolor torácico <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Enfermedades hematológicas <input type="checkbox"/> Gastritis <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Infección urinaria <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencias primarias <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Osteoartritis <input type="checkbox"/> Quistes ováricos	<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Trastornos renales <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Otra _____
---	---	---

Medicamento (s) que está tomando: (señalar el nombre del fármaco)		Es alérgico a alguno de los siguientes productos?
<input type="checkbox"/> Antiinflamatorios <input type="checkbox"/> Antiácido <input type="checkbox"/> Antiarrítmico <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Anticonceptivo <input type="checkbox"/> Anticonvulsivo <input type="checkbox"/> Antidepresivo <input type="checkbox"/> Antidiarreico <input type="checkbox"/> Antihipertensivo <input type="checkbox"/> Antihistamínico	<input type="checkbox"/> Antimigrañoso <input type="checkbox"/> Antineoplásico <input type="checkbox"/> Antipsicótico <input type="checkbox"/> Broncodilatador <input type="checkbox"/> Corticoesteroide <input type="checkbox"/> Digitálico <input type="checkbox"/> Hormona tiroidea <input type="checkbox"/> Hipoglucemiante <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Amoxicilina-a. clavulánico <input type="checkbox"/> Anestésico local <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Cloro <input type="checkbox"/> Metamizol <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Pelo o pluma de animal <input type="checkbox"/> Penicilinas <input type="checkbox"/> Pirazonas <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Sedantes <input type="checkbox"/> Sulfas <input type="checkbox"/> Yodo <input type="checkbox"/> Otro _____

¿Ha tenido operaciones o traumatismos?	¿Cuáles vacunas ha recibido?	Enfermedades que ha padecido:
<input type="checkbox"/> Amigdalectomía <input type="checkbox"/> Apendicectomía <input type="checkbox"/> Extracción dental <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Influenza <input type="checkbox"/> Pentavalente <input type="checkbox"/> Poliomielitis <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Triple viral <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VPH <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Embolia cerebral <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Escarlatina <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Parotiditis <input type="checkbox"/> Rubeola <input type="checkbox"/> Sarampión <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Úlcera péptica <input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Otra _____
Le han realizado: Hace cuánto tiempo: _____		
<input type="checkbox"/> Transfusiones <input type="checkbox"/> Tatuajes o piercings		

¿Algún familiar (abuelos, padres, hermanos, hijos, cónyuge) tiene o tuvo alguna(s) enfermedad(es) como las siguientes? (anote delante de la enfermedad al familiar)	Actualmente el menor de edad padece alguna(s) de las siguientes molestia(s)?	
<input type="checkbox"/> Adicción a drogas <input type="checkbox"/> Alcoholismo <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Embolia cerebral <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Infarto de miocardio <input type="checkbox"/> Malformación congénitas <input type="checkbox"/> Migraña <input type="checkbox"/> Sífilis <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Acufenos <input type="checkbox"/> Artralgias <input type="checkbox"/> Cambios color piel <input type="checkbox"/> Cefalea <input type="checkbox"/> Coluria <input type="checkbox"/> Desmayos <input type="checkbox"/> Diaforesis <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Diplopía <input type="checkbox"/> Disgeusia <input type="checkbox"/> Disnea <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Dolor precordial <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Epistaxis <input type="checkbox"/> Equimosis <input type="checkbox"/> Erupción cutánea <input type="checkbox"/> Escotomas <input type="checkbox"/> Expectoración <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Fosfenos <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Hiperoxia	<input type="checkbox"/> Hipoacusia <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío/calor <input type="checkbox"/> Mareo/vértigo <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Nerviosismo <input type="checkbox"/> Nicturia <input type="checkbox"/> Otagia <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Paresia <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Petequias <input type="checkbox"/> Polidipsia <input type="checkbox"/> Polifagia <input type="checkbox"/> Poliuria <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Rinorrea <input type="checkbox"/> Sequedad bucal <input type="checkbox"/> Sequedad piel <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Vómito <input type="checkbox"/> Otra _____

En caso de no entender alguno de estos términos, consultar la última página.

Habitación				Alimentación			
Material	Cuartos	Habitantes	Personas x cuarto	Servicios	N° de veces x semana		N° de comidas por día
<input type="checkbox"/> Concreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> uno	<input type="checkbox"/> Agua	Leche	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(1)
<input type="checkbox"/> Adobe	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Drenaje	Huevo	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(2)
<input type="checkbox"/> Madera	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	Ventilación	Carne	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(3)
<input type="checkbox"/> Lamina	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4		Frutas	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(4)
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Buena	Verduras	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	(5)
	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> + 9	<input type="checkbox"/> 6-8	<input type="checkbox"/> Regular	Leguminosas	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	
	<input type="checkbox"/> +9		<input type="checkbox"/> + 9	<input type="checkbox"/> Mala	Cereales	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)	

Higiene	Nº de veces por semana
Baño	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
Cambio de Ropa	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
Oral, nº de veces por día	
Cepillado	(1) (2) (3) (4) (5) No ()
Hilo dental	(1) (2) (3) (4) (5) No ()
Enjuague	(1) (2) (3) (4) (5) No ()
Ninguna	(1)

Terminología:	
Acufenos	Zumbido de oídos
Artralgias	Dolor en articulaciones
Cefalea	Dolor de cabeza
Coluria	Orina muy oscura (amarilla-café)
Diaforesis	Sudoración excesiva
Diplopía	Visión doble
Disgeusia	Alteración de los sabores
Disnea	Dificultad para respirar
Disuria	Dificultad para orinar
Dolor precordial	Dolor opresivo en la región central del pecho
Edema	Hinchazón por retención de líquidos
Epistaxis	Sangrado nasal
Equimosis	Moretones
Escotomas	Manchas oscuras en la visión
Expectoración	Escupir flemas
Fosfenos	Luces en la visión
Hematuria	Sangre en la orina
Hiperoxia	Aumento de oxigenación en el cerebro
Hipoacusia	Sordera. Deficiencia en la audición
Melena	Sangre en las heces
Nicturia	Orinar mucho por la noche
Otalgia	Dolor de oídos
Paresia	Pérdida de movilidad
Parestesia	Pérdida de sensibilidad
Petequias	Lesiones rojas en la piel
Polidipsia	Mucha sed
Polifagia	Mucha hambre
Poliuria	Orinar mucho
Prurito	Comezón
Rinorrea	Secreción nasal

FECHA: _____ FIRMA: _____

Padre, Madre o Tutor

HISTORIA CLÍNICA, EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO No. 00000000-1

1904

ETIQUETA

Lugar de realización: _____ Fecha: ____/____/____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: _____

Telefónico fijo: _____ Móvil: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Domicilio: _____ Estado: _____ C.P. _____

Sexo: _____ Estado civil: _____ Tipo sanguíneo: _____ Tipo de interrogatorio: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____ Tipo y folio de identificación: _____

2. ENTORNO Y HÁBITOS

Tipo de Habitación: _____ # de Cuartos: _____ # de Habitantes: _____ Personas en misma habitación: _____

de Ingestas por semana: Leche: _____ Carne: _____ Huevo: _____ Frutas: _____ Verduras: _____ Leguminosas: _____ Cereales: _____

de Comidas por día: _____ # Semanal de Baño: _____ Cambios de ropa: _____ # Diario de Cepillado: _____ Hilo: _____ Enjuague: _____

3. MOTIVO (S) DE LA CONSULTA

4. ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Vacunas: BGC: _____ Hepatitis C: _____ Pentavalente: _____ DPT (difteria, tosferina, tétanos): _____ Rotavirus: _____ Neumocócica: _____ RS (sarampión, rubéola): _____

Influenza: _____ SRP (sarampión, rubéola, meningitis): _____ Sabin: (poliomielitis): _____ Pápiloma: _____ Otra _____ (especificar): _____

Hábitos tóxicos:

Alcohol: _____ Ex bebedor: _____ Años de uso: _____ Último uso: ____/____/____

Tabaco: _____ Ex fumador: _____ Años de uso: _____ Último uso: ____/____/____

Estupefacientes: _____ Ex consumidor: _____ Años de uso: _____ Último uso: ____/____/____

Alergias: (especificar)

Medicamentos y fármacos:

Actividad y preferencia sexual:

5. ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Enfermedad (es) y parentesco: _____

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedad (es) y tiempo de evolución: _____

Enfermedades propias de la infancia: Amigdalitis: _____ Escarlatina: _____ Fiebre reumática: _____ Hepatitis A,B,C: _____ Influenza: _____ Parotiditis: _____

Poliomielitis: _____ Roséola: _____ Rubéola: _____ Sarampión: _____ Tuberculosis: _____ Varicela: _____ Otra _____ (especificar): _____

Ha estado hospitalizado en los últimos 5 años: _____ Ha sido intervenido quirúrgicamente: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____

Ha tenido experiencias dentales desagradables: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____

Ha sufrido traumatismos: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____

Ha recibido alguna transfusión: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____

Ha recibido trasplantes o injertos: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____

Le han implantado algún material: _____ Hace cuanto tiempo: _____ (especificar) _____

Revisión por aparatos o sistemas. (Anotar enfermedades o lesiones, o en su defecto "Ninguna alteración").

Auditivo: _____

Cardiovascular: _____

Digestivo: _____

Endócrino: _____

Genitourinario: _____

Hemolinfático: _____

Músculo esquelético: _____

Nervioso: _____

Ocular: _____

Respiratorio: _____

Tegumentario: _____

Reproductor femenino: Embarazo: _____ No. de semanas: _____ Abortos: _____ Lactancia: _____ Uso de anticonceptivos: _____ Menopausia: _____

Fecha de último regla: ____/____/____ anomalías en ciclo menstrual: _____ Realización de Papanicolaou: _____ Fecha de última realización: ____/____/____

7. EXPLORACIÓN CLÍNICA

Signos vitales: Pulso: _____ x Frecuencia respiratoria: _____ x Tensión arterial: ____/____ Talla: _____ cm Peso: _____ Kg

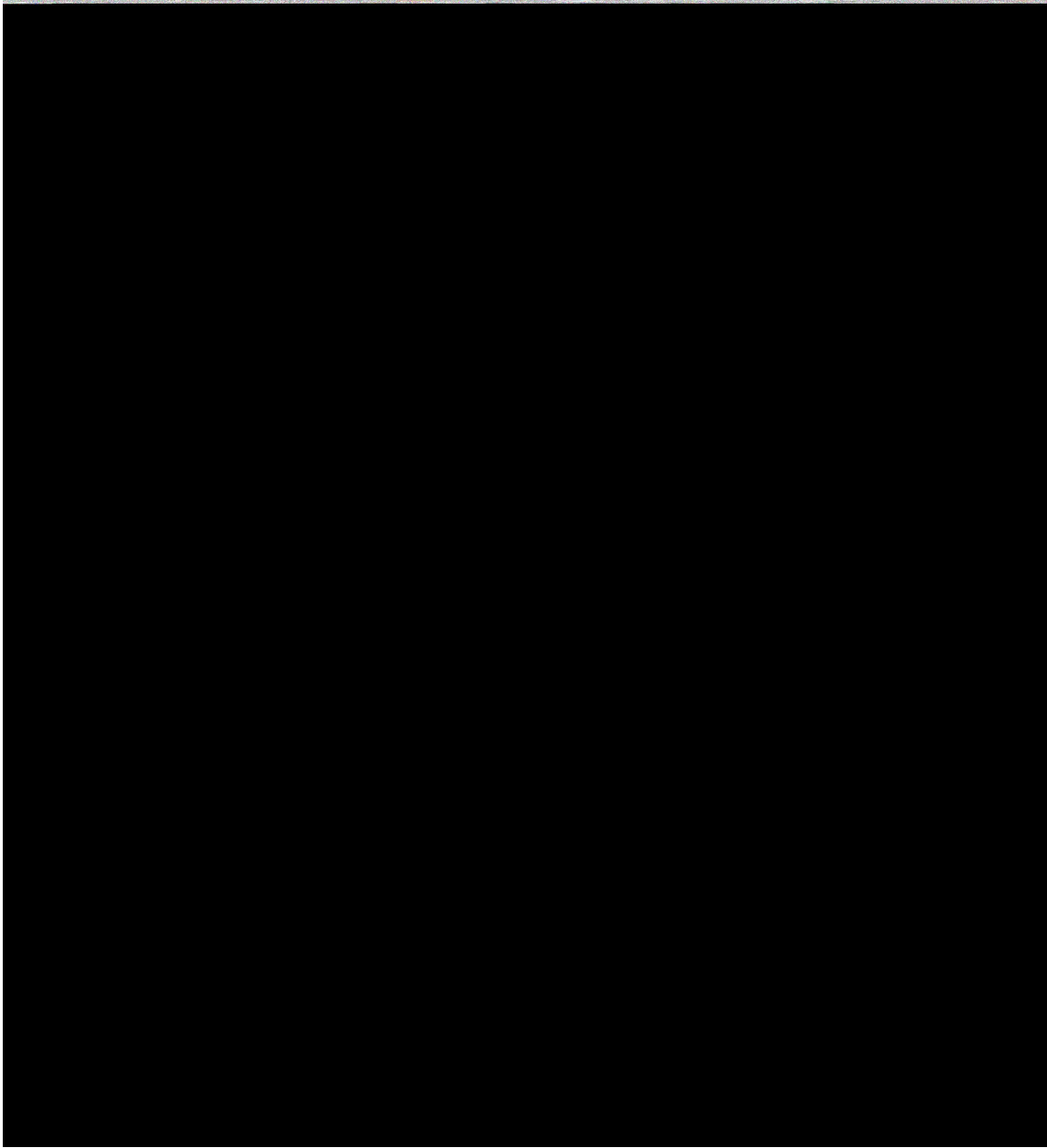
Inspección general: Marcha: _____ Movimientos anormales: _____ Facies: _____
Compleción: _____ Posición: _____ Cuidado personal: _____

Cabeza y cuello: Cara: _____ Cráneo: _____ Cuello: _____
Nariz: _____ Oídos: _____ Ojos: _____

Cavidad Bucal: Presencia de lesión (es): _____ Localización: _____ Forma: _____ Color: _____ Superficie: _____
Bordes: _____ Consistencia: _____ Base: _____ Tiempo de evolución: _____ / _____

Alteraciones Dentales NO cariosas: (especificar y tiempo de evolución): _____

... _____ Dificultad e inseguridad al abrir _____ Ruidos articulares: _____ Desviación mandibular: _____ Edema: _____



UNAM Universidad Nacional Autónoma de México **Expediente Clínico Único**
Facultad de Odontología

USUARIOS

AVISO:
SI ESTAS EN MÁS DE UNA CLÍNICA, SELECCIONA CUIDADOSAMENTE EN DÓNDE DESEAS SUBIR LA INFORMACIÓN DE TUS PACIENTES.

ZAPATA ACOSTA JUSTO CANDELARIO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA 

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TV 

DATO IMPORTANTE:
Nota:
Solo podrá acceder personal autorizado.

Facultad de Odontología 2014 UNAM Depto. de Clínica noviembre 2014

UNAM Universidad Nacional Autónoma de México **Expediente Clínico Único**
Facultad de Odontología

GENERACIÓN DE FECHA DE IDENTIFICACIÓN PARA EXPEDIENTE CLÍNICO ÚNICO.
CLÍNICA: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA TV RECRESAR

Ayuda sobre CURP

Ingresar la CURP:

Fecha: 10-11-2014 Número recibo: No. Telefónicos: Particular Celular

Nombre del paciente: PATERNO PATERNO NOMBRE

Domicilio: CALLE Y NUMERO COLONIA O POBLADO Estado: C.P.

Fecha nacimiento: 00-00-0000 Sexo: Estado Civil: Tipo sanguíneo:

Tipo interrogatorio: Escolaridad:

Ocupación: Especificar ocupación:

Tipo de identificación:

Observaciones y/o nota:

GUARDAR

INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE: [REDACTED] EDAD: 30 SEXO: M
 DOMICILIO: [REDACTED]
 ALVARO OBERGÓN D.F.
 FOLIO: [REDACTED] AÑO DE REGISTRO: 2001-01
 CLAVE DE ELECTOR: [REDACTED]
 ESTADO: 09 DISTRITO FEDERAL
 MUNICIPIO: 010 LOCALIDAD: 0001 REGIÓN: 3500



ESTE DOCUMENTO ES IDENTIFICABLE
 NO SE VALDRA SI PRESENTA TACHAS,
 DIFRAS O IMPRINCIONALES.

EL TITULAR DE ESTA CREDENCIAL A OBTENER EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.

DR. DEL CARRER A LINDA FERRERIA
 SECCIÓN LIAISON ELECTORAL DEL
 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL



0122081609202

VALIDACIÓN: 12 13 14 15

ESTADO: 09 MUNICIPIO: 010 LOCALIDAD: 0001 REGIÓN: 3500

REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN
 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN

SECRETARÍA DE GOBIERNO

TRÁMITE GRATUITO

Esta Clave Única de Registro de Población se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:

ANVERSO	CLAVE	[REDACTED]	ACTA DE NACIMIENTO	[REDACTED]
	ENTIDAD	[REDACTED]	MUNICIPIO	[REDACTED]
	AÑO DE REGISTRO	[REDACTED]	NÚMERO DE LIBRO	[REDACTED]
	NÚMERO DE ACTA	[REDACTED]	NÚMERO DE FOJA	[REDACTED]
	NÚMERO DE TONO	[REDACTED]	CRIP:	[REDACTED]
	FECHA DE INSCRIPCIÓN	[REDACTED]		

FOLIO: [REDACTED]



REVERSO

CLÍNICA DE RECEPCIÓN, EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

Indicaciones para el ingreso y atención de pacientes

(Adultos, Adultos Mayores, Niños y Adolescentes)

- I. Horarios de atención:
 1. Lunes a viernes de 7:00 a 19:00 horas.
 2. Sábados de 8:00 a 13:00 horas.

Nota: el tiempo estimado para la evaluación y entrega del carnet es de 60 minutos (dependiendo de la demanda de pacientes).
- II. Presentarse y solicitar la información relacionada al trámite de ingreso en el mostrador de la CREDP.
- III. Presentar en original, vigente, sin tachaduras ni enmendaduras, uno de los siguientes medios de identificación:
 1. Acta de nacimiento, FM2 o FM3 o carta de naturalización (en caso de ser extranjero).
 2. Documento con fotografía (credencial de elector, cartilla del servicio militar, cédula profesional, licencia de manejo, pasaporte, clave única de registro de población (CURP) INAPAM).
- IV. Pacientes menores de edad:
 1. Presentar credencial escolar vigente.
 2. Presentar medio de identificación del padre, tutor o acompañante.
 3. Llenar el formato para la atención del menor.
- V. Pago
 1. Se realizan en la caja de la dependencia, mismo que no será reembolsable.
 2. El estudiante prestador del Servicio Social le indicará el monto a pagar.
 3. El pago incluye: paquete de exploración (espejo, explorador, pinza, campo y charola desechables) historia clínica, evaluación y carnet con fotografía.
 4. En caso de requerir radiografía panorámica tendrá un costo adicional y el estudiante prestador del Servicio Social le indicará el monto a pagar.
- VI. Vigencia y reposición:
 1. El Expediente Clínico Único (ECU) y el carnet tienen vigencia de 5 años.
 2. La reposición del Carnet tendrá un costo adicional, el estudiante prestador del Servicio Social le indicará el monto a pagar.
- VII. Descuentos del pago:
 1. La cuota de recuperación en la CREDP **no** tiene descuento.
 2. En las diferentes clínicas, los descuentos serán autorizados por la Secretaría General presentando credencial vigente del INAPAM o de estudiante de la Facultad de Odontología. Los descuentos no aplican en los pagos de paquetes de exploración y en las clínicas de Prótesis y Prostodoncia.
- VIII. La Facultad de Odontología es una institución de enseñanza y de atención clínica odontológica que requiere de la elaboración de un expediente clínico*. Para su realización, en la CREDP se le harán preguntas confidenciales sobre su estado de salud, antecedentes familiares, hábitos, formas y estilos de vida. Se llevará a cabo una exploración física para

conocer sus signos vitales (pulso, tensión arterial y frecuencia respiratoria) estatura y peso, así como una exploración oral. Una vez realizada ésta, se determinará una ruta de atención odontológica acorde a sus requerimientos:

Clínicas en el Edificio Central	Cirugía Oral; Clínica del dolor; Endodontología; Odontología Preventiva; Odontología Restauradora; Odontopediatría; Periodontología; Rehabilitación Oral.
Clínicas Periféricas	Clínica Integral de Adultos y Adultos Mayores; Clínica Integral de Niños y Adolescentes; Área de Profundización.
Clínicas de Especialización	Alta Especialización en Implantología Oral Quirúrgica y Protésica; Cirugía Oral y Maxilofacial; Endodoncia, Odontopediatría; Odontología Restauradora Avanzada; Ortodoncia; Patología Bucal; Periodoncia e Implantología; Prótesis Bucal e Implantología; Prótesis Maxilofacial.
Otros	Clínica del dolor; Fisiología; Diplomados y Seminarios de Titulación.

En cada clínica le informarán los horarios de atención.

IX. Información adicional

1. No se atenderán pacientes que alteren el orden de la clínica o estén bajo los efectos del alcohol o algún tipo de droga.
2. Una vez que sea remitido a las diferentes áreas de atención, debe asistir a todas las citas con el carnet; llegar temprano y avisar al estudiante (la tolerancia será de 10 minutos); en caso de no poder acudir a la cita, cancelar con 24 horas de anticipación con el estudiante, (se le dará de baja a la tercera falta injustificada). Ante un imprevisto, su cita puede ser cambiada.
3. Será responsabilidad del paciente la aceptación del tratamiento, comprometiéndose a cumplir con los lineamientos de cada área clínica de atención.
4. El tiempo que dure el tratamiento será el que el estudiante supervisado por el docente considere necesario para lograr el éxito y los objetivos deseados; puede ser modificado por causas ajenas a la Institución o por causas de fuerza mayor por parte del paciente.
5. Los casos de urgencias odontológicas se atenderán en la División de Estudios de Posgrado (clínicas de Especialización) en horario de atención de 7.30 am. a 3.30 pm. y solamente Ortodoncia, Periodoncia y Odontopediatría hasta las 7.30 pm.

fecha _____

Recibí indicaciones para el ingreso y atención de pacientes

Nombre y firma del paciente o tutor



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Clínica de Admisión T.M. y T.V.
Ciudad Universitaria, D. F. a 27 de Junio de 2013.

C. D. MANUEL LAZZERI FERNANDEZ
Secretario de Relaciones Estudiantiles
PRESENTE


La Clínica de Admisión, Turno Matutino y Vespertino, nos permitimos dirigir a usted de la manera más atenta, para solicitarle 30 pasantes por turno, para realizar su servicio social en la Clínica de Admisión de la Facultad (CREDP) a partir del mes de Septiembre del 2013, debido a que en ese mes terminan los alumnos que actualmente están realizando su Servicio Social.


Solicitamos dichos alumnos con el siguiente horario:

# de Alumnos	Horarios
15	7:00 a 11:00 hrs
15	10:00 a 14:00 hrs
15	14:00 a 18:00 hrs
15	16:00 a 20:00 hrs

Le enviamos un afectuoso saludo, y agradecemos de antemano la atención prestada a la presente solicitud.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"


C.D.E.E. ELIZABETH POWELL CASTAÑEDA
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN
TURNO MATUTINO


C.D.E.E. JUSTO C. ZAPATA ACOSTA
COORDINACIÓN DE ADMISIÓN
TURNO VESPERTINO

C.c.p. C. D. Juan Carlos Rodríguez Avilés
C.c.p. C. D. Elizabeth R. Powell Castañeda
C.c.p. C. D. Justo C. Zapata Acosta

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
22 JUL 2013
SERVICIO SOCIAL
R.F.

7:14
Fabola 54360



Farmacia
Facultad de
Odontología

Universidad Nacional Autónoma de México
RFC: UNA2907227Y5
Facultad de Odontología

Ticket: 857,975
Fecha: 2/12/2013 07:05:07 AM
Paciente:

No. Expediente:

Productos	Precio	Sub-total
2001 Derecho a clínica (Incluye paquete de	\$50.00 x1	\$50.00

Subtotal. \$50.00
Impuesto. \$0.00

Total. \$50.00

Pago
Efectivo: \$50.00
Cambio: \$0.00

F



Cajero: PSanchez

327

Reglamento Interno para estudiantes prestadores del Servicio Social en la CREDP

HORARIO ASIGNADO (4 horas diarias)			
HORARIO (Hrs)	TOLERANCIA (Hrs)	RETARDO (Hrs)	FALTA (Hrs)
7:00 – 11:00	7:05	7:15	7:16
10:00 – 14:00	10:05	10:15	10:16
14:00 – 18:00	14:05	14:15	14:16
16:00 – 20:00	16:05	16:15	16:16
Deberá iniciar y terminar las actividades clínicas en los horarios establecidos; no podrá retirarse antes sin previa autorización del coordinador (a) responsable. Faltas de respeto o insubordinación serán sancionadas de acuerdo a la normatividad de la Institución.			
3 retardos		1 falta	
1 falta		2 días por reponer	
3 faltas injustificadas al mes		BAJA	
8 faltas injustificadas durante el Servicio Social			
Los documentos que podrán presentarse para justificar las faltas son: constancia de tiempo otorgada por IMSS o ISSSTE, nota de evolución o nota médica. <i>Evite ser sancionado por entregar otros documentos.</i>			

I. Uniforme

- Deberá presentarse pulcro, con el uniforme completo y limpio: zapatos blancos (no tenis), uniforme de color elegido por los estudiantes.

II. Barreras de protección

- Colocará las barreras de protección en la unidad dental (escupidera).
- Utilizará bata, gorro, máscaras y lentes de protección y guantes proporcionados en el paquete de admisión.
- El cabello debe estar completamente recogido dentro del gorro (hombres y mujeres).
- Colocará los campos pertinentes al paciente (babero).
- Al término del interrogatorio y revisión de cada paciente deberá limpiar la unidad de trabajo y depositar los desechos clasificados en el bote respectivo.

- Al término de sus actividades y horario deberá dejar limpio su lugar de trabajo; desinfectar; colocar la unidad, banquillo y lámpara en la posición 3; separar y eliminar en los contenedores correspondientes: la bata, máscaras de protección, gorro, guantes, y material contaminado.

III. Material de trabajo, locker y participaciones

- Pluma con tinta azul, tabla, estetoscopio, baumanómetro o esfigmomanómetro y reloj con segundero. **Evite ser sancionado por presentarse con el material incompleto.**
- Tiene derecho al uso de un *locker* (por parejas) haciéndose responsable del buen uso y cuidado del mismo; se solicita traer un candado para su uso personal; la CREDP **no** se hace responsable de los objetos perdidos.
- Participará en trabajos de investigación, presentación de carteles, tareas y cursos, entre otros (es obligatorio participar) **Evite ser sancionado por no cumplir con lo establecido.**

IV. Instalaciones y equipo de trabajo

- Revisará la unidad y silla del operador que utilizará al inicio de la clínica, así como el equipo (tableta digital); deberá reportar, de manera verbal y escrita en la hoja de control inmediatamente cualquier anomalía al Coordinador (a) de la CREDP; será responsable de los desperfectos o daños que estuvieran presentes y **no** los reportará oportunamente.
- Será responsable por los daños que cause a las instalaciones y al equipo (tableta digital) por negligencia teniendo que cubrir el costo de su reparación o reposición.
- Se prestará la tableta digital presentando su credencial actualizada de la Facultad o la credencial de elector en caso de estar en trámite su credencial.
- El uso de la tableta digital será para las actividades propias de la clínica. **Evite ser sancionado por el uso indebido de la misma.**

V. Expediente Clínico Único (ECU)

- Atenderá a los pacientes que le sean asignados con profesionalismo y respeto, no haciéndolos esperar.
- Permanecerá junto al paciente mientras el profesor esté revisando el ECU, proporcionándole el resumen clínico y oral o cualquier información que sea requerida.
- Remitirá al paciente a la clínica que corresponda, de acuerdo a su ruta de atención odontológica.
- Al terminar cada ECU tiene la **obligación** de solicitar a sus compañeros del mostrador le asignen el siguiente paciente (deberá atender mínimo ocho diarios); recibirá a los que le sean asignados, en caso de negarse **será sancionado.**

- Entregar el reporte mensual de actividades del Servicio Social, anexando los recibos correspondientes a la elaboración de cada uno de los ECU realizados; el reporte deberá ser firmado por el coordinador(a) de la CREDP y el estudiante del Servicio Social.
- La entrega de los reportes será en la fecha correspondiente y durante los tres siguientes días hábiles (excepto días festivos y regreso del periodo vacacional). **Evite ser sancionado por entregas extemporáneas.**
- Tiene **obligación** de llevar un registro de la revisión de los ECU, con la firma de los profesores asignados a la CREDP.
- La consulta de los expedientes sólo se lleva a cabo en la clínica; son un instrumento legal y pertenecen a la Institución (**no** se entregan al paciente).
- El estudiante que sea sorprendido con firmas ilegítimas en documentos oficiales será sancionado de acuerdo a la normatividad de la Institución.

VI. Actividades de mostrador

- Atender a los pacientes con profesionalismo y respeto a los pacientes.
- Dar prioridad a la atención de pacientes de la tercera edad, con discapacidad y niños menores de edad.
- No utilizar el sistema de cómputo para actividades ajenas al servicio social; no instalar teléfonos ni memorias USB en las computadoras.
- La asignación de los alumnos para revisión de pacientes **no** está sujeta a selección, así como la personalización en la distribución, es el profesor titular del grupo referido quien reparte a los pacientes. **Evite ser sancionado por tener preferencias en la asignación de pacientes.**
- Llevará el control de la distribución de pacientes para que sea equitativo entre sus compañeros y tiene la **obligación** de proporcionarlos continuamente.

VII. Actividades en el almacén

- Deberá iniciar y terminar las actividades clínicas en los horarios establecidos (en caso de faltar avisar con anterioridad).
- Deberá permanecer únicamente el estudiante asignado. **Evite ser sancionado por permanecer en esta área sin autorización.**
- Revisar tabletas digitales y llenar el reporte de recepción.
- Entregar la tableta digital asignada a cada uno de sus compañeros.
- Entregar batas y máscaras de protección a sus compañeros, así como surtir de guantes a los estudiantes de mostrador.
- Informar de faltantes a la coordinación.

- No guardar mochilas u otros objetos ajenos a la farmacia.

VIII. Indicaciones generales

- No podrá utilizar celulares dentro de la clínica. En caso de emergencias podrá hacer uso del teléfono de la oficina de la coordinación.
- No podrá ingerir alimentos dentro de la CREDP
- No podrá recibir dinero ni efectuar ningún pago relacionado con los trámites de ingreso; el pago lo realiza exclusivamente el paciente o su acompañante en la caja.
- Al estudiante que sea sorprendido en el manejo inadecuado de cobros será sancionado de acuerdo a la normatividad de la Institución.
- No podrá realizar actividades ajenas a lo indicado por su coordinador(a).
- Permanecerá en la unidad asignada por la coordinación evitando usar el sillón dental para descansar, así como las sillas de los profesores.
- Podrán entrar a la oficina de la coordinación **exclusivamente** para registrar su firma, informar del estado físico que se encuentra la unidad asignada y para entregar sus reportes de actividades.

Recibí reglamento

Nombre y Firma del Estudiante

Fecha

Coordinadores de la CREDP

Esp. Elizabeth R. Powell Castañeda

Esp. Justo C. Zapata Acosta





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO **Nº 20334**

Nombre y clave del profesor que envía:

Institución o Profesional receptor:

MOTIVO DEL ENVÍO:

RESUMEN CLÍNICO:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

TERAPÉUTICA EMPLEADA, SI LA HUBO:



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SOLICITUD DE INTERCONSULTA

FECHA ____ / ____ / ____ / EXPEDIENTE NÚM. _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EDAD: _____ años SEXO: _____ FOLIO **Nº 20334**

Nombre y clave del profesor que envía:

Institución o Profesional receptor:

MOTIVO DEL ENVÍO:

RESUMEN CLÍNICO:

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

TERAPÉUTICA EMPLEADA, SI LA HUBO:



Dr. José Narro Robles

Rector

Dr. Eduardo Bárzana García

Secretario General

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez

Secretario Administrativo

Dr. Francisco José Trigo Tavera

Secretario de Desarrollo Institucional

Lic. Enrique Balp Díaz

Secretario de Servicios a la Comunidad

Lic. Luis Raúl González Pérez

Abogado General



Mtro. José Arturo Fernández Pedrero

Director de la Facultad

C.D. Arturo Saracho Alarcón

Secretario General

Mtra. María Cristina Sifuentes Valenzuela

Secretaria Académica

Esp. Gustavo Argüello Regalado

Coordinador de Planeación