

**COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD**

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ODONTOLOGÍA**

Criterios 1.3, 1.4 y 1.6 de la Cédula de Evaluación.

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL EVALUADO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE EVALUADOR: \_\_\_\_\_

**Códigos para la calificación: 1 = característica presente; 0 = Características ausentes; N = No Aplica**

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:								SUMATORIA
<b>1</b>	<b>HISTORIA CLÍNICA</b>							
1.1	Ficha de Identificación							
1.2	Antecedentes Heredo Familiares							
1.3	Antecedentes Personales No Patológicos							
1.4	Antecedentes Personales Patológicos							
1.5	Padecimiento Actual							
1.6	Interrogatorio por Aparatos y Sistemas							
1.7	Exploración Física							
1.8	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros							
1.9	Terapéutica empleada							
1.10	Odontograma inicial y odontograma final							
1.11	Diagnósticos o problemas clínicos							
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO								
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:								SUMATORIA
<b>2</b>	<b>NOTAS ODONTOLÓGICAS</b>							
2.1	Nombre del Paciente							
2.2	Fecha							
2.3	Hora							
2.4	Edad							
2.5	Sexo							
2.6	Lugar de residencia							
2.7	Domicilio							
2.8	Motivo de la consulta							
2.9	Signos vitales completos (peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura)							
2.10	Resumen del interrogatorio							
2.11	Exploración física							
2.13	Resultado de estudios de los servicios auxiliares							
2.14	Diagnóstico							
2.15	Tratamiento (indicaciones médicas, vía, dosis, periodicidad)							
2.16	Pronóstico							
2.17	Nombre y firma del paciente, tutor o representante legal							
2.18	Nombre completo del estomatólogo tratante							
2.19	Firma del Estomatólogo							
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO								
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:								SUMATORIA
<b>3</b>	<b>NOTA DE URGENCIAS (NU)</b>							
3.1	Motivo de la consulta							
3.2	Antecedentes personales patológicos							
3.3	Impresión diagnóstica							
3.4	Tratamiento efectuado							
3.5	Pronóstico							
3.6	Nombre completo del estomatólogo tratante							
3.7	Firma del Estomatólogo							
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO								
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:								SUMATORIA
<b>4</b>	<b>NOTA DE EVOLUCIÓN (NE)</b>							
4.1	Fecha y actividad realizada							
4.2	En caso de medicación señalar vía de administración, dosis y periodicidad							
4.3	Evolución y actualización del odontograma de seguimiento							
4.4	Nombre y firma del Estomatólogo tratante							
4.5	Nombre y firma del paciente, tutor o representante legal							
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO								

**COMITÉ NACIONAL DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD**

**CÉDULA DE EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO EN ODONTOLOGÍA**

Criterios 1.3, 1.4 y 1.6 de la Cédula de Evaluación.

UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
 ÁREA DE ADSCRIPCIÓN: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL EVALUADO: \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE EVALUADOR: \_\_\_\_\_

**Códigos para la calificación: 1 = característica presente; 0 = Características ausentes; N = No Aplica**

IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:									
5	NOTA DE REFERENCIA Y TRASLADO (NT)								SUMATORIA
5.1	Criterios Diagnósticos								
5.2	Plan de estudios								
5.3	Lugar de traslado o referencia								
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO									
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:									
6	NOTA DE INTERCONSULTA (NI)								SUMATORIA
6.1	Nombre a quien se dirige								
6.2	Estudios de gabinete y laboratorio								
6.3	Sugerencias diagnósticas, criterios y tratamiento								
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO									
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:									
7	CONSENTIMIENTO INFORMADO								SUMATORIA
7.1	Nombre de la Institución a la que pertenece la unidad médica								
7.2	Nombre o razón social de la unidad médica								
7.3	Nombre del Estomatólogo								
7.4	Diagnóstico								
7.5	Acto curativo, riesgos y beneficios								
7.6	Molestias previsibles								
7.7	Efectos secundarios								
7.8	Alternativas del tratamiento								
7.9	Motivo de elección								
7.10	Pronóstico								
7.11	Autorización al Estomatólogo para atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo el principio de libertad de prescripción								
7.12	Apartado de revocación								
7.13	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto estomatológico autorizado								
7.14	Nombre completo y firma del paciente, tutor o representante								
7.15	Nombre completo y firma de los testigos								
7.16	Nombre completo y firma del Estomatólogo								
7.17	Lugar y fecha en que se emite el documento								
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO									
IDENTIFICACIÓN DEL CASO / NÚMERO DE EXPEDIENTE:									
8	GENERALIDADES								SUMATORIA
8.1	Expresadas en lenguaje técnico								
8.2	Sin abreviaturas								
8.3	Con letra legible								
8.4	Sin enmendaduras ni tachaduras								
8.4	En buen estado								
% DE CUMPLIMIENTO DEL CRITERIO EVALUADO									
TOTAL DE LOS CRITERIOS EVALUADOS									SUMATORIA
TOTAL DE "UNOS" A									
TOTAL DE "CEROS" B									
TOTAL DE "UNOS" MÁS TOTAL DE "CEROS" (A+B)=C									
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (A/C)X100									