SINBA-SIS-02-P

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO

H O J A D I A R I A D E C O N S U L T A E X T E R N A D E S A L U D B U C A L I N T R A M U R O S

FECHA: ____ DÍA ____ MES ____ AÑO

CLUES:	NOMBRE UNIDAD:	CURP O PAIS DE NACIMIENTO: NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:	TIPO DE PERSONAL:	CÉDULA PROFESIONAL:	SERVICIO:

TIPO DE PERSONAL: **12**.PASANTE EN ODONTOLOGÍA, **13**.ODONTÓLOGO, **14**.ODONTÓLOGO ESPECIALISTA, **23**.TÉCNICO EN ODONTOLOGÍA, **88**.OTROS

SERVICIO: **10**.ODONTOLOGÍA, **11**.ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA,**12**.ODONTOPEDIATRÍA **88**.OTROS

RT (RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO): **0**.PRIMERA VEZ, **1**.SUBSECUENTE

1. DERECHOHABIENCIA: **1**.NINGUNA, **2**.IMSS, **3**.ISSSTE, **4**.PEMEX, **5**.SEDENA, **6**.SEMAR, **10**.IMSS BIENESTAR, **11.**ISSFAM, **13**.INSABI, **8**.OTRA, 15 GRATUIDAD, 16 SITUACIÓN DE CALLE, **99**.SE IGNORA

2. CLAVE DE LA EDAD: **D.**DÍAS, **M**.MESES, **A.**AÑOS

3. SEXO: **1.**HOMBRE, **2.**MUJER, **3.**INTERSEXUAL, **8**.SE IGNORA **9.**NO ESPECIFICADO.

4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD) **a: 1.**VER, **2.**ESCUCHAR, **3.**CAMINAR, **4.**USAR BRAZOS/MANOS, **5.**APRENDER/RECORDAR, **6.**CUIDADO PERSONAL, **7.**HABLAR/COMUNICARSE, **8.**EMOCIONAL/MENTAL, **9**.NINGUNA.
b: 1.POCA DIFICULTAD, **2.**MUCHA DIFICULTAD, **3.**NO PUEDE HACERLO, **9.**SIN DIFICULTAD.
c: 1.ENFERMEDAD, **2.**EDAD AVANZADA, **3.**NACIÓ ASÍ, **4.**ACCIDENTE, **5.**VIOLENCIA, **6.**OTRA CAUSA, **9.**SIN DIFICULTAD.

5. RESPUESTA 1.SI, **0.**NO
6. RESPUESTA 5.OTROS
22. GÉNERO: 1. MASCULINO, **2.** FEMENINO, **3**. INTERSEXUAL, **4.** TRANSGÉNERO, **5.** MUJER TRANS, **6.** HOMBRE TRANS, **7.** PERSONA TRANS FEMENINA NO BINARIA **8.** PERSONA TRANS MASCULINA NO BINARIA **9.** OTRO, **10**. SE

No.	DERECHOHABIENCIA	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			EDAD Y CLAVE DE LA EDAD	SEXO	GÉNERO	AFROMEXICANO	INDIGENA	MIGRANTE	SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICAMENTOS GRATUITOS	MEDICIONES: PESO/TALLA	CIRCUNFERENCIA DE CINTURA	PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA Y RESPIRATORIA	TEMPERATURA	SATURACIÓN DE OXÍGENO	GLUCOSA Y AYUNO (SI/NO)	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	DIFICULTAD PARA (DISCAPACIDAD)	RELACIÓN TEMPORAL POR MOTIVO	D I A G N Ó S T I C O
	1	No. DE SEG SOCIAL	FOLIO DE LA RECETA	EXPEDIENTE	2	3		22												4	RT	No utilice abreviaturas
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)										PESO TALLA		DIASTÓLICA SISTÓLICA	CARDIACA RESPIRATORIA					a b c		1a VEZ 1a VEZ
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)										Peso Talla		DIASTÓLICA SISTÓLICA	CARDIACA RESPIRATORIA					a b c		1a VEZ 1a VEZ
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)										Peso Talla		DIASTÓLICA SISTÓLICA	CARDIACA RESPIRATORIA					a b c		1a VEZ 1a VEZ
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)										Peso Talla		DIASTÓLICA SISTÓLICA	CARDIACA RESPIRATORIA					a b c		1a VEZ 1a VEZ
		CURP o Fecha de nacimiento y Entidad de nacimiento Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)										Peso Talla		DIASTÓLICA SISTÓLICA	CARDIACA RESPIRATORIA					a b c		1a VEZ 1a VEZ

No.	ATENCIÓN PREVENTIVA										
	ESQUEMA BÁSICO										
								REVISIÓN			
	DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA	INSTRUCCIÓN TÉCNICA CEPILLADO	INSTRUCCIÓN DE USO HILO DENTAL	APLICACIÓN TÓPICA DE FLÚOR	APLICACIÓN DE BARNIZ DE FLUOR	LIMPIEZA DENTAL	RASPADO Y ALISADO PERIODONTAL	DE HIGIENE DE PRÓTESIS	DE TEJIDOS BUCALES	INSTRUCCIÓN DE AUTOEXAMEN DE CAVIDAD BUCAL	SELLADO DE FOSETAS Y FISURAS NÚMERO DE DIENTES
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	#

No.	ATENCIÓN CURATIVA										
	NÚMERO DE DIENTES										
	OBTURACIÓN					EXTRACCIONES					
	PERMANENTE										
	AMALGAMA	RESINAS	IONÓMETRO DE VIDRIO	ALCASITE	MATERIAL TEMPORAL	DIENTE TEMPORAL	DIENTE PERMANENTE	TERAPIA PULPAR	CIRUGÍA BUCAL	FARMACOTERAPIA	OTRAS ATENCIONES
	#	#	#	#	#	#	#	#	5	5	#

No.	RADIOGRAFÍAS	TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO	ORIENTACIÓN DE SALUD BUCAL	PROMOCIÓN DE LA SALUD		REFERIDO POR:	CONTRAREFERIDO	UNIDAD COSULTANTE TELEMEDICINA	FECHA PROXIMA CITA
				CONSULTA INTEGRADA LÍNEA DE VIDA	PRESENTA CARTILLA				
	#	5	5	5	5	6	5		