

Fecha de elaboración: _____
Folio del formato: _____

Día	Mes	Año

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

1. NOMBRE _____
Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre (s) _____

2. LUGAR DE NACIMIENTO _____
Estado _____ Municipio o Alcaldía _____

3. ¿ES MIGRANTE? ☐ Sí ☐ No PAÍS DE NACIONALIDAD _____ PAÍS DE ORIGEN _____

4. PAÍSES DE TRÁNSITO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES a.- _____ b.- _____ c.- _____ d.- OTRO _____

5. FECHA DE INGRESO AL PAÍS Día _____ Mes _____ Año _____ 6. SE CONSIDERA INDÍGENA ☐ Sí ☐ No Lengua indígena que habla _____

7. FECHA DE NACIMIENTO

D	D	M	M	A	A	A	A

 8. EDAD

A	A	M	M	D	D

 9. SEXO 1) Masculino 2) Femenino ☐

10. OCUPACIÓN _____ 11. ESCOLARIDAD _____

12. CURP

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. RESIDENCIA HABITUAL _____
Calle y Número _____ Colonia _____
Estado _____ Municipio o Alcaldía _____ Localidad _____

II. DATOS DE LA UNIDAD

Clave _____ Estado _____ Jurisdicción Sanitaria _____
Municipio o Alcaldía _____ Localidad _____ Institución _____
Nombre de Unidad _____ Odontólogo Notificante _____

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y EMBARAZO

14. MARQUE EL O LAS CONDICIONES QUE ACTUALMENTE PADECE EL PACIENTE

0) Ninguno ☐ 2) Inmunodeficiencias ☐ 4) Enfermedades hipertensivas ☐ 6) Otros padecimientos no listados que se presentan con mayor frecuencia
1) Diabetes Mellitus ☐ 3) Tabaquismo ☐ 5) Embarazo ☐ Especificar de acuerdo al listado anexo: _____
Semana de gestación _____

IV. EXPLORACIÓN (Marque en el espacio correspondiente lo encontrado en la exploración)

15. LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

15a. TIPO DE LESIÓN 0) Ninguna ☐ 3) Mancha roja (Eritroplasia) ☐ 15b. TIEMPO DE EVOLUCIÓN
1) Úlcera ☐ 4) Mixta (Leucoeritroplasia) ☐ 1) Menos de tres semanas ☐
2) Mancha blanca (leucoplasia) ☐ 5) Aumento de volumen ☐ 2) Tres semanas o más ☐

16. OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS PRESENTES EN LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES 0) Ninguna 1) Fluorosis dental 2) Otra (Priorizar el motivo de consulta) Especificar de acuerdo al listado anexo: _____

17. HIGIENE BUCAL Código para detritos y cálculo

(ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO)

		Dientes índice					
		16	11	26	36	31	46
Superficie		Vest.	Vest.	Vest.	Ling.	Vest.	Ling.
Detritos							
Cálculo							

0= Ausencia
1= Hasta 1/3
2= Hasta 2/3
3= Más de los 2/3
9= No registrado

18. ESTADO PERIODONTAL Si dispone de sonda de la OMS registre el punto 18a, si cuenta con otro tipo de sonda registre 18b.

18a. ÍNDICE PERIODONTICO COMUNITARIO Marque el código correspondiente en cada casilla

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

0= Sano 3= Bolsa de 4 5 mm (la banda negra de la sonda es parcialmente visible)
1= Hemorragia 4= Bolsa > 6mm (la banda negra de la sonda no es visible)
2= Cálculo 9= No registrado

18b. DIAGNÓSTICO CON OTRO TIPO DE SONDA 0) Sano 1) Gingivitis 2) Periodontitis 9) No registrado ☐ Marque el grado de daño más severo

19. ESTADO DENTARIO (Índice CPD o ceod)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Permanentes	Descripción	Temporales
0	Sano	A
1	Cariado	B
2	Obturado y cariado	C
3	Obturado por caries	D
4	Ausente por caries	E
5	Ausente por otra razón	H
6	Sellador	F
7	Pilar de puente	G
8	Diente no erupcionado	K
9	Diente presente NO REGISTRADO	M

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
ESTUDIO DE CASO DE PATOLOGÍAS BUCALES
SIVEPAB 1-2019**

INDICACIONES GENERALES. -El formato debe llenarse completamente de acuerdo a las definiciones operacionales descritas en el "Manual de procedimientos para el odontólogo de la unidad centinela". Registre todas las casillas con la letra o número según corresponda utilizando bolígrafo, letra de molde y números arábigos. Éste instructivo aclara los incisos que puedan requerir mayor explicación. Siempre consulte los Manuales de Operación vigentes del SIVEPAB.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE - Se refiere a los datos del paciente al que se le realiza la exploración bucal.

1. **NOMBRE** - Anote el nombre del paciente como está escrito en su identificación oficial, considerando ambos apellidos y nombre completo sin abreviaturas.
2. **LUGAR DE NACIMIENTO** - Indique el nombre del Estado y Municipio o Alcaldía de nacimiento.
3. **¿ES MIGRANTE?** - Registre "Sí", cuando el paciente no sea de origen mexicano. Si la respuesta es afirmativa incluya el PAÍS DE NACIMIENTO.
4. **PAÍSES DE TRÁNSITO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES** - Registre el nombre del o los países en los cuales ha estado. La respuesta es altamente deseable pero no es de carácter obligatorio.
5. **FECHA DE INGRESO AL PAÍS** - En caso afirmativo a la pregunta No. 3, registre dos dígitos para el día, dos para el mes y cuatro para el año. La respuesta es altamente deseable pero no es de carácter obligatorio.
6. **SE CONSIDERA INDÍGENA** - En caso afirmativo, incluya la lengua indígena que habla.
7. **FECHA DE NACIMIENTO** - Registre dos dígitos para el día, dos para el mes y cuatro para el año. En caso de ignorarla, anote en la casilla la edad aproximada de acuerdo a la fecha en la que el paciente refiere "Cumplir años". Si cuenta con identificación oficial, apóyese en ella.
8. **EDAD** - Si registró la fecha de nacimiento puede omitir éste punto. En caso negativo registrar la edad en años.
9. **SEXO** - Anote 1) Masculino; o 2) Femenino, según corresponda.
10. **OCUPACIÓN** - Registre la actividad principal que desempeña el paciente. En niños pequeños de 0 a 5 años de edad registre NO APLICA. La opción "Estudiante" se utiliza a partir de que los niños ingresan a la escuela primaria.
11. **ESCOLARIDAD** - Registre el nivel máximo de estudios alcanzado. En niños pequeños de 0 a 5 años de edad registre NO APLICA.
12. **CURP** - Registre la Clave Única de Registro Poblacional (CURP). En caso contrario registre el RFC sin homoclave.
13. **RESIDENCIA HABITUAL** - Coloque calle, y número exterior e interior, Colonia, Estado, Municipio o Alcaldía y localidad.

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD - Registre los datos de la unidad médica; si los desconocen solicítelos en la dirección médica de la unidad o bien a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente de los Servicios de Salud Estatales.

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y EMBARAZO -

14. Antecedentes patológicos de enfermedades sistémicas que tienen manifestaciones en la cavidad oral o que compliquen el manejo odontológico. Puede marcar más de una. Si marca EMBARAZO, debe incluir la semana de gestación. En caso de "OTRAS" seleccione la opción de acuerdo al siguiente listado: hipotensión, enfermedad cardíaca isquémica crónica, hipotiroidismo, hipertiroidismo, historia personal de alergia a drogas y medicamentos, asma, rinitis alérgica, sinusitis, enfermedades respiratorias inferiores agudas, artritis reumatoide, gastritis, colitis, epilepsia, consumo de alcohol, malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas, síndrome de Down, defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas, anemia e insuficiencia renal.

IV. EXPLORACIÓN - Incisos (15 a 19).

15. **LESIONES DE LA MUCOSA - 15a. TIPO DE LESIÓN.** Registre con "X" el tipo de lesión encontrada, aún en el caso de no presentar alguna. Revise el Manual de Detección de Lesiones Premalignas. **15b. TIEMPO DE EVOLUCIÓN** - Registre en la casilla correspondiente menor o mayor a tres semanas.
16. **OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS PRESENTES EN LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES** - Registre "0" si el paciente no presenta otras lesiones, en caso contrario, seleccione de acuerdo al listado que tiene como base la CIE-10. Ejemplo: gingivoestomatitis herpética, candidiasis, bruxismo, trastornos del nervio trigémino o del nervio facial, atrición, abrasión, pulpitis, necrosis de la pulpa, absceso periapical sin fístula, absceso periapical con fístula, raíz dental retenida, atrofia del reborde alveolar desdentado, enfermedades de las glándulas salivales, celulitis y absceso de boca, enfermedades de la lengua (incluye glositis, lengua geográfica y lengua vellosa), manifestaciones bucales de síndrome seco (Sjögren), fisura del paladar y/o labio leporino, herida del labio y de la cavidad bucal, fractura de los dientes, examen odontológico (paciente sano) y extensión de certificado médico. Esta opción se refiere a otras patologías de la cavidad bucal diferentes a las consignadas en el formato
17. **HIGIENE BUCAL** - (Índice de Higiene Oral Simplificado, IHOS). Revise el Manual de Procedimientos para el Odontólogo de la Unidad Centinela.
18. **ESTADO PERIODONTAL** - Registre solo un inciso, **18a. ÍNDICE PERIODONTICO COMUNITARIO** - si cuenta con la sonda reglamentaria de la OMS o **18b. DIAGNÓSTICO CON OTRO TIPO DE SONDA** - si utiliza otro tipo de sonda. Revise el Manual de Procedimientos para el Odontólogo de la Unidad Centinela.
19. **ESTADO DENTARIO** - Revise cada diente y en el caso de los permanentes registre con el número correspondiente a la condición encontrada y con letra cuando se trate de los dientes temporales. Revise el Manual de Procedimientos para el Odontólogo de la Unidad Centinela.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO DEL FORMATO
ESTUDIO DE CASO DE PATOLOGÍAS BUCALES
SIVEPAB 1-2019**

INDICACIONES GENERALES. -El formato debe llenarse completamente de acuerdo a las definiciones operacionales descritas en el "Manual de procedimientos para el odontólogo de la unidad centinela". Registre todas las casillas con la letra o número según corresponda utilizando bolígrafo, letra de molde y números arábigos. Éste instructivo aclara los incisos que puedan requerir mayor explicación. Siempre consulte los Manuales de Operación vigentes del SIVEPAB.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE - Se refiere a los datos del paciente al que se le realiza la exploración bucal.

1. **NOMBRE** - Anote el nombre del paciente como está escrito en su identificación oficial, considerando ambos apellidos y nombre completo sin abreviaturas.
2. **LUGAR DE NACIMIENTO** - Indique el nombre del Estado y Municipio o Alcaldía de nacimiento.
3. **¿ES MIGRANTE?** - Registre "Sí", cuando el paciente no sea de origen mexicano. Si la respuesta es afirmativa incluya el PAÍS DE NACIMIENTO.
4. **PAÍSES DE TRÁNSITO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES** - Registre el nombre del o los países en los cuales ha estado. La respuesta es altamente deseable pero no es de carácter obligatorio.
5. **FECHA DE INGRESO AL PAÍS** - En caso afirmativo a la pregunta No. 3, registre dos dígitos para el día, dos para el mes y cuatro para el año. La respuesta es altamente deseable pero no es de carácter obligatorio.
6. **SE CONSIDERA INDÍGENA** - En caso afirmativo, incluya la lengua indígena que habla.
7. **FECHA DE NACIMIENTO** - Registre dos dígitos para el día, dos para el mes y cuatro para el año. En caso de ignorarla, anote en la casilla la edad aproximada de acuerdo a la fecha en la que el paciente refiere "Cumplir años". Si cuenta con identificación oficial, apóyese en ella.
8. **EDAD** - Si registró la fecha de nacimiento puede omitir éste punto. En caso negativo registrar la edad en años.
9. **SEXO** - Anote 1) Masculino; o 2) Femenino, según corresponda.
10. **OCUPACIÓN** - Registre la actividad principal que desempeña el paciente. En niños pequeños de 0 a 5 años de edad registre NO APLICA. La opción "Estudiante" se utiliza a partir de que los niños ingresan a la escuela primaria.
11. **ESCOLARIDAD** - Registre el nivel máximo de estudios alcanzado. En niños pequeños de 0 a 5 años de edad registre NO APLICA.
12. **CURP** - Registre la Clave Única de Registro Poblacional (CURP). En caso contrario registre el RFC sin homoclave.
13. **RESIDENCIA HABITUAL** - Coloque calle, y número exterior e interior, Colonia, Estado, Municipio o Alcaldía y localidad.

II. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD - Registre los datos de la unidad médica; si los desconocen solicítelos en la dirección médica de la unidad o bien a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente de los Servicios de Salud Estatales.

III. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y EMBARAZO -

14. Antecedentes patológicos de enfermedades sistémicas que tienen manifestaciones en la cavidad oral o que compliquen el manejo odontológico. Puede marcar más de una. Si marca EMBARAZO, debe incluir la semana de gestación. En caso de "OTRAS" seleccione la opción de acuerdo al siguiente listado: hipotensión, enfermedad cardíaca isquémica crónica, hipotiroidismo, hipertiroidismo, historia personal de alergia a drogas y medicamentos, asma, rinitis alérgica, sinusitis, enfermedades respiratorias inferiores agudas, artritis reumatoide, gastritis, colitis, epilepsia, consumo de alcohol, malformaciones congénitas de las cámaras cardíacas, síndrome de Down, defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas, anemia e insuficiencia renal.

IV. EXPLORACIÓN - Incisos (15 a 19).

15. **LESIONES DE LA MUCOSA - 15a. TIPO DE LESIÓN.** Registre con "X" el tipo de lesión encontrada, aún en el caso de no presentar alguna. Revise el Manual de Detección de Lesiones Premalignas. **15b. TIEMPO DE EVOLUCIÓN** - Registre en la casilla correspondiente menor o mayor a tres semanas.
16. **OTRO TIPO DE PATOLOGÍAS PRESENTES EN LA CAVIDAD BUCAL, GLÁNDULAS SALIVALES Y MAXILARES** - Registre "0" si el paciente no presenta otras lesiones, en caso contrario, seleccione de acuerdo al listado que tiene como base la CIE-10. Ejemplo: gingivoestomatitis herpética, candidiasis, bruxismo, trastornos del nervio trigémino o del nervio facial, atrición, abrasión, pulpitis, necrosis de la pulpa, absceso periapical sin fístula, absceso periapical con fístula, raíz dental retenida, atrofia del reborde alveolar desdentado, enfermedades de las glándulas salivales, celulitis y absceso de boca, enfermedades de la lengua (incluye glositis, lengua geográfica y lengua vellosa), manifestaciones bucales de síndrome seco (Sjögren), fisura del paladar y/o labio leporino, herida del labio y de la cavidad bucal, fractura de los dientes, examen odontológico (paciente sano) y extensión de certificado médico. Esta opción se refiere a otras patologías de la cavidad bucal diferentes a las consignadas en el formato
17. **HIGIENE BUCAL** - (Índice de Higiene Oral Simplificado, IHOS). Revise el Manual de Procedimientos para el Odontólogo de la Unidad Centinela.
18. **ESTADO PERIODONTAL** - Registre solo un inciso, **18a. ÍNDICE PERIODONTICO COMUNITARIO** - si cuenta con la sonda reglamentaria de la OMS o **18b. DIAGNÓSTICO CON OTRO TIPO DE SONDA** - si utiliza otro tipo de sonda. Revise el Manual de Procedimientos para el Odontólogo de la Unidad Centinela.
19. **ESTADO DENTARIO** - Revise cada diente y en el caso de los permanentes registre con el número correspondiente a la condición encontrada y con letra cuando se trate de los dientes temporales. Revise el Manual de Procedimientos para el Odontólogo de la Unidad Centinela.