|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TELEODONTOLOGÍA: FICHA DE SEGUIMIENTO DE URGENCIA ODONTOPEDIÁTRICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Odontólogo Tratante: | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | | |  |
| Datos Personales | Nombre del Paciente: | | | | | | | | | | |
| Edad: | Peso: | | | | | | | | | |
| Fecha de la Consulta: | | | | Hora: | | | | | | |
| Fecha aparición de la enfermedad/traumatismo: | | | | Hora: | | | | | | |
| Nombre del representante o tutor: | | | | | | | | | | |
| DNI / Identificación representante o tutor:       Parentesco o relación: | | | | | | | | | | |
| Teléfono de contacto: | | | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | |
| ¿El paciente tiene historia de atención previa en este servicio? | | | | | | SI | | NO | | |
| ¿El paciente tiene Odontólogo/Odontopediatra previo? | | | | | | SI | | NO | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |
| Antecedentes Médicos | ¿Presenta alergias conocidas? | | | | | | SI | | NO | | |
| ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? | | | | | | SI | | NO | | |
| ¿Presenta condición sistémica de base? | | | | | | SI | | NO | | |
| ¿Ha tomado medicamentos auto prescritos? | | | | | | SI | | NO | | |
|  |  | | | | | |  | |  | | |
| Recursos Diagnósticos Complementarios | Recepción de fotos intraorales | | | | | | SI | | NO | | |
| Recepción de fotos extraorales | | | | | | SI | | NO | | |
| Otros recursos audiovisuales o imágenes diagnósticas: | | | | | | SI | | NO | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Ruta de atención:  ◼Telemedicina  ◼Urgencia Presencial  ◼Urgencia Hospitalaria | | | | | | Telemedicina | | Urgencia Presencial | | Urgencias Hospilatarias | |
| Traumatismo Dentofacial | ¿El traumatismo involucra el cráneo? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha tenido pérdida de conocimiento? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta desorientación en tiempo, espacio y lugar? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha presentado vómitos? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha tenido pérdida del equilibrio? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Tiene trastornos en la visión? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta lateralización visual? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha sangrado por las orejas? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Tiene limitación para cerrar la boca? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta asimetría en la cara? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha sangrado por la nariz? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta hematoma en piso de boca? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta sangramiento que no para solo? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta avulsión dental? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Reimplantó el diente avulsionado? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Conservó el diente avulsionado?  SI No ¿En cuál medio? | | | | | | | | | | |
| ¿El diente se encuentra desplazado? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿El diente desplazado impide cerrar la boca? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta fractura de la mitad del diente? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta fractura dental pequeña de menos de la mitad? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ve un color diferente en el diente dentro de la fractura? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Conservó el fragmento fracturado?  SI No ¿En cuál medio? | | | | | | | | | | |
| ¿El diente presenta movilidad? | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |  | |
| Inflamación/ Edema/ Infección | ¿La inflamación abarca parte de la cara? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿La inflamación ha aumentado rápidamente? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Afecta párpados o ángulo de la mandíbula? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Tiene limitación para abrir la boca? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta fiebre? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿La inflamación es de aparición reciente? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta inflamación que afecta parte interna de la boca? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿La inflamación es pequeña y tiene varios días igual? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Está algún diente parcialmente erupcionado? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Presenta dolor en algún diente al hacer presión? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Puede identificar un diente específico como causa del dolor? | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |  | |
| Hemorragia | ¿Puede determinar de dónde proviene el sangramiento?  SI No | | | | | | | | | | |
| ¿Le ha sido realizada alguna cirugía u exodoncia recientemente? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿El sangrado se detiene si hace compresión? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿El sangrado se persiste después de hacer compresión? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿El sangrado está asociado a laceración por trauma? | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | |  | |
| Dolor | ¿Desde cuándo presenta el dolor? | | | | | | | | | | |
| ¿Presenta úlceras en los tejidos blandos? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha recibido tratamiento odontológico reciente?  SI No | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene aparato ortodóncico que esté produciendo el problema? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Puede ver una cavitación, orificio, fractura de un diente o restauración? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿El dolor provocado al frío, al calor, a la masticación? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿El dolor es espontáneo? De aparición nocturna? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha dejado el niño de comer por el dolor? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿No ha requerido toma de analgésicos? | | | | |  | |  | |  | |
| ¿Ha tomado analgésicos y el dolor persiste después de 48 horas? | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  | | |  | |  | | |
| Diagnóstico Presuntivo: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Conducta Terapéutica | Remitido a sala de urgencias | | Requiere atención presencial inmediata | | | | | | | | |
| Requiere atención presencial 15 días | | Orientado con telemedicina | | | | | | | | |
| Otro: | | | | | | | | | | |
| Prescripción de analgésicos:  SI No Principio activo: | | | | | | | | | | |
| Dosis: | | Posología: | | | | | | | | |
| Prescripción de antibióticos:  SI No Principio activo: | | | | | | | | | | |
| Dosis: | | Posología: | | | | | | | | |
| Seguimiento de la evolución realizado a: 24 horas 48 horas 72 horas | | | | | | | | | | |
| 5 días 7 días 14 días mayor seguimiento | | | | | | | | | | |
| En caso de atención presencial: Recibido el consentimiento informado diligenciado y firmado: | | | | | | | SI | | NO | | |
| Evolución del caso: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |