



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS

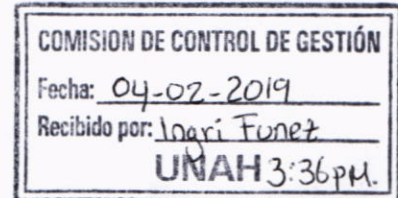


Tel. 2232-2189
2232-2110 Ext. 193

voae@unah.edu.hn

OFICIO VOAE No.076-2019
04 de febrero de 2019

Máster
CINTIA LILIANA SALGADO GOMEZ
Comisionada Coordinadora
Comisión de Control de Gestión UNAH
Presente



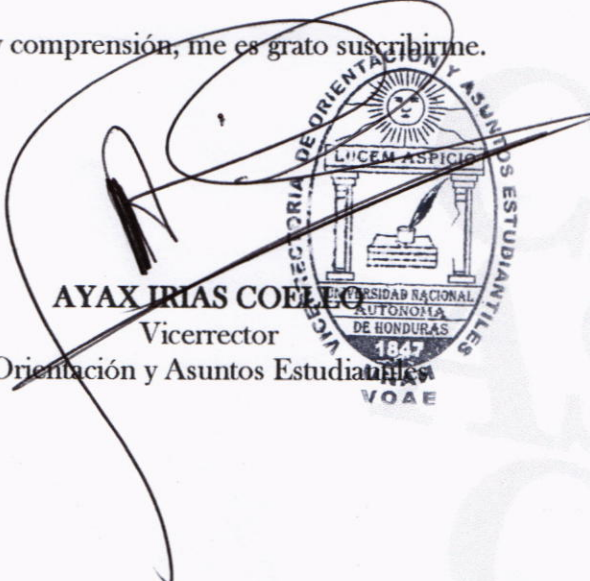

Estimada Máster Salgado:

En respuesta a su **Oficio No.CCG-0155-2019 de fecha 30 de enero de 2019**, en el cual nos solicita información relativa a los Servicios Prestados por esta Vicerrectoría correspondiente a las Áreas de: Desarrollo Humano, Salud, Inclusión, Orientación y Comunicación y en cumplimiento a los Artículos 13 de la Ley de *Transparencia* y Acceso a la Información LTAIP y 17 del Reglamento de dicha Ley, respetuosamente le remito en formato impreso y digitalizado.

Asimismo, le informo que **NO SE EMITIÓ** ningún documento, a excepción de las resoluciones firmes las cuales no se adjuntan en virtud que contienen datos personales confidenciales de los estudiantes.

Agradeciendo su atención y comprensión, me es grato suscribirme.

Atentamente,


AYAX IRIAS COELLO
Vicerrector
Orientación y Asuntos Estudiantiles


☐ Archivo
AIC/Claudia Díaz

"La Educación es la Primera Necesidad de La República"



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

SERVICIOS PRESTADOS POR EL AREA DE SALUD

1. Servicio de Archivo
2. Servicio de Enfermería
3. Servicio Medico
4. Servicio Psicológico
5. Servicio Odontológico
6. Servicio de Laboratorio
7. Servicio de Farmacia



PROCEDIMIENTOS PARA ACCEDER AL SERVICIO SOLICITADO

SERVICIO DE ARCHIVO

1. Presentarse al área de salud, al área de archivo.
2. Presentar forma 003 vigente o recibo de pago con identificación.
3. Si es primer ingreso abrir expediente clínico.
4. Si es sub-siguiente solicitar consulta con el medico

SERVICIO DE ENFERMERIA

1. Primer Ingreso llenado de ficha.
2. Sub – siguiente toma de toma signos vitales.
3. Realizar procedimientos según prescripción médica.
 - Inyecciones
 - Nebulizaciones
 - Curaciones

SERVICIO MEDICO

1. Presentarse a Archivo para consulta médica.
2. Pasar por enfermería para toma de signos vitales.
3. Revisión, diagnóstico, tratamiento y remisión del médico.

Remisión para otro servicio:

- Odontología
- Psicología
- Laboratorio
- Farmacia



- Enfermería
- Si requiere tratamiento específico se remite al Hospital Escuela Universitario.
- Remisión a la Jefatura para refrendamientos de Incapacidades.

SERVICIO PSICOLOGICO

1. Hay dos procedimientos

- Remisión medica
 - Demanda espontanea
- Presentar forma 003 vigente o recibo de pago con identificación
 - Llenado de ficha de atención Psicológica.
 - Programar cita
 - Entrevista y Evaluación
 - Aplicación de pruebas necesarias según el caso
 - Proceso de seguimiento de 4 a 9 sesiones
 - Estabilizado el paciente se da de alta.
 - Cita control a los 6 meses.

SERVICIO ODONTOLOGICO

1. Hay dos procedimientos

- De primer ingreso
 - Sub – siguiente
- Todo paciente de primer ingreso debe de contar con el expediente medico
 - Presentar forma 003 vigente o recibo de pago con identificación
 - Llenado de ficha odontológica



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

- Evaluación
- Programación de citas para tratamiento odontológico
- Remisión para tratamiento específico a la Facultad de Odontología.
- Remisión para medicamento a Farmacia
- Remisión a Laboratorio para realización de Exámenes.

SERVICIO DE LABORATORIO

1. Revisión de la boleta de análisis clínico emitida por el Médico u Odontólogo.
2. Indicaciones para la realización de los análisis
3. Recepción y toma de muestra.
4. Entrega de resultados al expediente clínico del estudiante.

SERVICIO DE FARMACIA

1. Presentar forma 003 vigente o recibo de pago con identificación.
2. Presentar receta firmada y sellada por el médico tratante
3. Llenar espacio de recibido conforme con nombre y número de cuenta del estudiante.
4. Entrega de medicamento según existencia.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

REQUISITOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIO DE SALUD

1. Ser estudiante de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH).
2. Presentar la forma 003 vigente o recibo de pago con identificación.
3. Solicitar atención al servicio requerido



FORMATOS PARA ACCEDER AL SERVICIO SOLICITADO

FICHA MÉDICA

No. de Carnet: _____

Facultad: _____

NOMBRE

Dirección: _____ Teléfono _____

Edad	Sexo		Estado Civil					
		Masc.		Soltero		U. Libre		Viudo
	Fem.		Casado		Divorciado			

Lugar _____ de

Nacimiento: _____ _____

Trabaja: Si No Salario Lps. _____ Ayuda

Económica _____ Beca Lps. _____

Nombre _____ del

Empleador: _____ _____

Laboratorio: V.D.R.L. _____ RX Pulmon: _____ Inmunizaciones: I A

Anamnesis: _____



Antecedentes: _____

➤ Infancia _____

➤ Edad Adulta

HABITOS: Alcohol: _____ Tabaco: _____ Café: _____

Otros: _____

DATOS GENRALES: Aspecto General: _____ Piel: _____ Cuero

cabelludo: _____ Peso: _____

OJOS: Visión Natural: OD: _____ OI: _____ Pupilas Iguales: _____ Fondo

de Ojos: _____

Visión Corregida: OD: _____ OI: _____ Visión de Colores: _____

Casos Indicados: _____

OIDOS:(Prueba hablando en voz baja)

Derecho Normal _____ Suficiente _____ Insuficiente _____

Tímpanos _____

Izquierdo Normal _____ Suficiente _____

Insuficiente _____



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

NARIZ: Nariz_____

Lengua_____ Faringe_____

BOCA y CUELLO: Dientes_____ Amígdalas_____

Tiroides_____

APARATO CARDIOVASCULAR: Pulso_____ Latido de punta_____

Auscultación _____

P/A_____ Arterias_____

Várices_____

APARATO RESPIRATORIO: Tórax: Inspección_____

Percusión_____ Auscultación (pechos

APARATO DIGESTIVO: Abdomen_____ Hígado_____

Bazo_____

Hernia_____

Recto_____

REFLEJO PUPILAR (a la Luz) _____ Rotuliano_____

Aquileano_____

(Adaptado)

SISTEMA NERVIOSO: Funciones Matrices_____ Funciones

sensoriales_____ Plantar_____ Tono Muscular_____ Signo

Ronberg_____ Estado Emocional_____

APARATO GENITO URINARIO: Riñones_____

Genitales_____

SISTEMA OSEO: Cráneo_____ Columna

Vertebral_____

Extremidades Superiores_____ Extremidades

Inferiores_____



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

SISTEMA LINFÁTICO (INCLUIDO LOS
MÓDULOS)_____

DIAGNÓSTICO:_____

TRATAMIENTO:

OBSERVACIONES:_____

LUGAR Y FECHA:_____ FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO _____



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

ÁREA DE SALUD

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO ROSA MARINA TREJO

Nombre: _____ Edad: _____

N° de Cuenta: _____ Sexo: F M Carrera: _____

Diagnostico Actual/ Presuntivo: _____

Nombre de Medico: _____ Prioridad: Rutina Urgente

Ingestión de fármacos: _____ Teléfono del Paciente _____

HEMATOLOGÍA

- Hemograma completo
- Grupo ABO y R.H
- Prueba de Coombs
- Frotis de sangre periférica
- Extendido fino (malaria)
- Velocidad de eritrosedimentación
- Tiempo de sangrado
- Tiempo de coagulación

SEROLOGÍA

- Antiestreptolisina O
- Proteína C reactiva
- Antígeno reumatoide
- R.P.R (Tarjeta de Salud)

INMUNOLOGÍA

- HIV
- Helicobacter pylori*
- Prueba de Embarazo
- Dengue IgM/IgG

PARASITOLOGÍA

- General de heces
- Guayaco
- Wright

QUÍMICA CLÍNICA

- Glucosa
- Glucosa Post-pandrial
- Colesterol
- Colesterol HDL
- Triglicéridos
- Acido úrico
- Creatinina
- Bilirrubina total y Directa
- Albumina
- Urea
- TGO
- TGP

MICROBIOLOGÍA

- Coloración GRAM
- Ziehl-Neelsen
- Examen en fresco
- KOH
- Cultivo

Tipo de muestra: _____

UROANÁLISIS

- General de orina

Día _____ Mes _____ Año _____

Horario de atención 7:00-9:00 AM

Hora y fecha de toma de muestra: _____

Responsable de Flebotomía: _____

NOTA: Esta hoja no debe contener manchas ni borrones, de lo contrario no se recibirá en la recepción del Laboratorio y los datos generales deben ir completos. Valida **1 semana**



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

CONSULTORIO MEDICO
RECETA

FECHA _____

Nombre _____

Nº de Cuenta _____

1ra. Consulta () Subsiguiente()

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

TOTAL...

.....

MEDICO _____

Nombre Recibí Conforme Nº de Cuenta
Reg. Farm. Despacho

Nota: Esta Receta debe ser reclamada dentro de las 24 horas de haber sido expedida.

REQUISICION

PRECIOS

L.....
L.....
L.....
L.....

LPS.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles
Área de Salud

Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

TRANSITO DE PACIENTES

Nombre del Paciente: _____

No. Cuenta: _____, Carrera: _____ Edad: _____, Sexo: _____.

Datos Clínico: _____

Diagnóstico: _____

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Firma del Médico que Remite



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDÚRAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

CONSTANCIA DE INCAPACIDAD

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

CARRERA: _____ NO. CUENTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TIEMPO DE INCAPACIDAD: _____

DESDE: _____ HASTA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

REFERENCIA

Nombre del estudiante: _____

Edad: _____

Sexo: _____

Carrera: _____ Número de Cuenta: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Datos Clínicos:

IDx: _____

Firma y sello Médico: _____.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

COMPROBANTE DE ASISTENCIA AL AREA DE SALUD

NOTA: No constituye una Incapacidad

Nombre del Estudiante: -----

Edad----- Sexo: ----- Carrera-----

Nº de Cuenta:-----; se presentó al Area de Salud-VOAE, el

día -----, con un horario de----- hasta: -----.

A consulta: Medica -----, Psicológica, ----- Odontológica----- Laboratorio-----

Firma y Sello Médico



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles

Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

Evaluación Musculo-Esquelético

Fecha: _____

Datos Generales

Nombre: _____

Número de cuenta: _____ Edad: _____ Sexo: M F Teléfono: _____

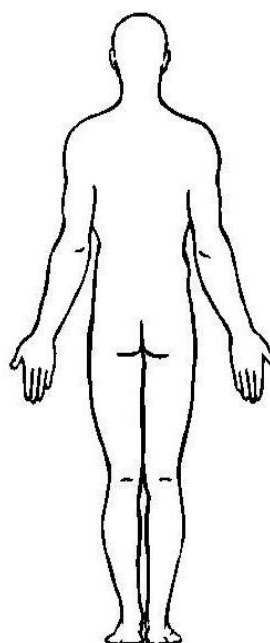
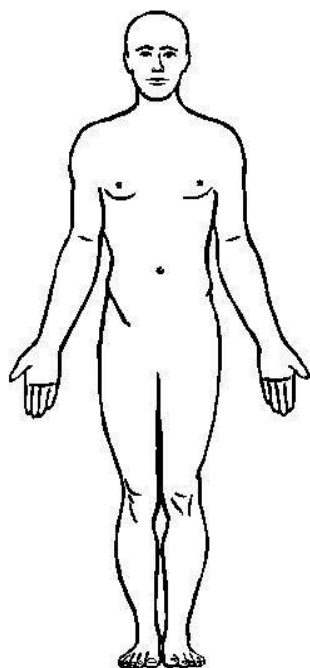
Carrera Universitaria: _____ Deporte: _____

Lugar de Procedencia: _____ Lugar de Residencia: _____

Diagnostico: _____

Terapeuta Físico: _____

Historia Clínica



Ob:

Expediente Médico- Deportivo

Nombre/s:

Apellidos:

Edad:

Sexo:

Raza:

Teléfono:

Número de Cuenta:

Estado Civil:

Ocupación:

Carrera:

Correo electrónico:

Dirección:

Fecha actual:

Lugar de Origen:

Fecha de Nacimiento:

Disciplina que entrena:

Desde cuando entrena:



Historia Familiar Patológica (Enfermedades de familiares madre, padre, hermanos, tíos etc.), e indicar el parentesco (paterno o materno)

Patología			Parentesco (indicar si es de parte materno o paterno)
Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Gastritis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Colitis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Colesterol elevado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Triglicéridos elevados	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Ácido úrico elevado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Enfermedades respiratorias	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Hipertiroidismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Hipotiroidismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Hipertensión arterial	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Eventos cardiovasculares	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Depresión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Obesidad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Carcinomas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Otras enfermedades, ¿cuáles?

Historia Personal Patológica (enfermedades propias de cada uno)

Patología		
Diabetes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Gastritis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Colitis	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Colesterol elevado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Triglicéridos elevados	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ácido úrico elevado	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedades respiratorias	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertiroidismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>



Hipotiroidismo	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Eventos cardiovasculares	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Depresión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Obesidad	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Carcinomas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Padece de Otras enfermedades, ¿cuáles?

¿Toma algún Medicamento?

¿Cuál(es)?

Dosis:

Horario:

Antecedentes Hospitalarios (¿ha estado hospitalizado?, ¿edad, por qué?)

¿Antecedentes Traumáticos (ejemplos fracturas, esguinces, heridas con arma por arma de fuego o arma blanca) cual(es), cuando, tratamiento?

Intervenciones Quirúrgicas (ha sido operado/a), cuando, porque razón, tratamiento?

Antecedentes Personales No Patológicas

Intolerancia(s) alimentarias, ¿cuáles?:

Alergias (ej. Medicamentos, alimentos, polvo etc.) ¿Cuáles?:

Hábitos tóxicos

Cantidad y cada cuanto (día, semanal, mensual etc.)

Fuma Sí No

Alcohol Sí No

Café Sí No

Drogas Sí No

Historia Ginecobstetrica (PARA MUJERES)

Menarquía (¿edad de primera menstruación?)

Fecha de última menstruación:

Embarazos:

Partos:

Cesáreas:

Abortos:

Óbitos:

Hijos vivos:

Hijos muertos:

Incremento de peso en los embarazos Sí No Cuanto aproximadamente:

Lactancia: Sí No

Métodos Anticonceptivos: Sí No Cual?:

Alimentación: Describir alimentos que generalmente ingiere, bebidas, postres.



Desayuno
Hora:
Lugar:
Merienda
Hora:
Lugar:
Almuerzo
Hora:
Lugar:
Merienda
Hora:
Lugar:
Cena
Hora:
Lugar:

¿Cantidad de agua bebida diariamente?

¿Utiliza Enducolorantes (sustitutos del azúcar, azúcar de dieta etc.), ¿cuáles?, cantidad?

Consumo Refrescos gaseosas, ¿cuáles?, cantidad?

¿Utiliza sal extra en las comidas?: Sí No

Alimentos que te gustan:

Alimentos que no te gustan:

¿Que alimentos te gustan más, salados o dulces?: Salados Dulces

¿Has hecho dieta?: Sí No

¿Qué tipo de dieta?:

Actualmente consumes alguno de los siguientes productos:

Productos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dosis	Horario
Vitaminas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Algo para controlar el hambre	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Algo para bajar de peso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Polvo de proteína	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Diuréticos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Anabólicos/Esteroides	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Laxantes	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Te para bajar de peso	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		

Otras, ¿cuáles?



I Información Deportiva

Actividad Deportivas que realiza	Duración	Horario

En ¿En dónde entrenas generalmente:

Alimentos	¿Cuál(es)?	¿Cuanto?
Acostumbras consumir algún alimento antes de entrenar		
¿Acostumbras consumir algún alimento después de entrenar?		

Líquidos	Cual(es)	¿Cuantos?
Consumes líquidos antes de hacer ejercicios		
Consumes líquidos durante de hacer ejercicios		
Consumes líquidos después de hacer ejercicios		

Examen Físico

Frecuencia cardiaca:

Presión arterial:

Frecuencia Respiratoria:

Temperatura:

Peso actual:

Talla:

Exploración física (inspección, palpación, percusión, auscultación)

1. Cabeza:
2. Cuello:
3. Tórax:
4. Abdomen:
5. Extremidades:
6. Genitales:
7. Otros:

Diagnostico (s):

Tratamiento, recomendaciones



III. Enfermedad Actual

IV. Evolución

V. Causa

VI. Acciones realizadas en busca a soluciones

VII. implicaciones: (a nivel familiar, social, académico, etc.)

VIII. Historia Personal

Infancia



Adolescencia

IX. Historia Familiar:

Hijos: SI N

Cuantos: _____ Edades _____

Convivencia:
Acompañado Solo
Otros _____

X. Modo en que llega a la Consulta:

Solo

Acompañado por:

Otros _____

XI. Historia Escolar

XII. Observaciones (Descripción física, lenguaje no verbal, actitud etc.)



XIII. Personalidad Pre-mórbida: (Signos o cambios de personalidad que manifiesta el paciente que puede mostrar de forma precoz la existencia de un trastorno mental)

Pasivo <input type="checkbox"/>	Activo <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
Solitario <input type="checkbox"/>	Gregario <input type="checkbox"/>	Dominante <input type="checkbox"/>	Sumiso <input type="checkbox"/>
Tímido <input type="checkbox"/>	Audaz <input type="checkbox"/>	Confiado <input type="checkbox"/>	Desconfiado <input type="checkbox"/>
Afectivo <input type="checkbox"/>	Inafectivo <input type="checkbox"/>	Controlador <input type="checkbox"/>	Explosivo <input type="checkbox"/>

Que sentimientos puede expresar con facilidad: _____

Que sentimiento reprime: _____

XIV. Examen Físico

Peso _____ Talla _____

Padece de alguna enfermedad: _____

XV. Examen del Estado Mental:

- A. Aspecto
- B. Afecto
- C. Psicomotricidad
- D. Pensamiento
- E. Sensopercepción
- F. Sociabilidad

XVI. Pruebas Aplicadas

A. Personalidad

B. Inteligencia

C. Habilidades



D. Otros

XVII. Diagnostico

- F00-F09. Trastornos mentales orgánicos.....
 - F10-F19. Trastornos mentales debidos al consumo de sustancias psicotrópicas....
 - F20-20.9. Esquizofrenias.....
 - F22. Trastornos de ideas delirantes persistentes.....
 - F23. Trastornos Psicóticos Agudos.....
 - F24. Trastornos de ideas delirantes inducidos
 - F30-39. Trastornos del humor (Afectivos).....
 - F31. Trastorno Bipolar.....
 - F32. Episodios depresivos.....
 - F40. Trastornos de ansiedad fóbica.....
 - F42.0. Trastorno de pánico.....
 - F41.1 Trastorno de Ansiedad generalizada.....
 - F41.2 Trastorno mixto ansioso- depresivo.....
 - F42. Trastorno Obsesivo- Compulsivo.....
 - F43. Reacciones a Estrés grave y trastorno de adaptación
 - F44. Trastornos disociativos (Conversión).....
 - F45. Trastornos somatomorfos.
 - F48.1 Trastorno de despersonalización-desrrealización
 - F50. Trastorno de la conducta alimentaria.....
 - F51. Trastorno no orgánicos del sueño.....
 - F52. Disfunción Sexual no orgánica
 - F53. Trastornos Metales en el puerperio.....
 - F60-69. Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto.....
 - F63. Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.....
 - F64. Trastornos de la identidad sexual.....
 - F65. Trastornos de la inclinación sexual.....
 - F.91. Trastornos disóciales.....
- Otros: _____

DX

XVIII. Tratamiento Integral

XIX. Evolución y Seguimiento

XX. Nombre y Firma del Responsable



FICHA CLINICA

DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Estudiante: _____ N° de Cuenta: _____ Carrera: _____
 Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____
 Raza: _____ Nacionalidad: _____ Lugar de Procedencia _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____

ANAMNESIS

Motivo de Consulta: _____
 Actual Ingesta de Medicamentos _____

¿Ha padecido o padece de algunas de las siguientes enfermedades?

Anemia	()	Leucemia	()
Artritis	()	Lipotimia	()
Asma	()	Hipertensión Arterial	()
Angina de pecho	()	Hipotensión Arterial	()
Amigdalitis	()	Problemas Cardiacos	()
Bulimia	()	Problemas Nerviosos	()
Diabetes	()	Problemas Renales	()
Endocarditis Bacteriana	()	Sangrado Excesivo	()
Epilepsia	()	Sinusitis	()
Fiebre Reumática	()	VIH/SIDA	()
Hemofilia	()	Tratamiento con Radiación	()
Hepatitis	()	Tuberculosis	()
Gastritis	()	Alergias	()
Hipertiroidismo	()		

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

¿Fuma?	SI ()	NO()	¿Se chupa algún dedo?	SI ()	NO()
¿Toma Café?	SI ()	NO()	¿Muerde objetos duros?	SI ()	NO()
¿Ingiera bebidas alcohólicas?	SI ()	NO()	¿Utiliza respirador bucal?	SI ()	NO()
¿Toma mucho refresco?	SI ()	NO()	¿Tiene dificultad al tragar?	SI ()	NO()
¿Usa Drogas?	SI ()	NO()	¿Tiene profusión lingual?	SI ()	NO()
¿Mastica tabaco?	SI ()	NO()			
¿Toma Anticonceptivos?	SI ()	NO()			

SIGNOS VITALES:

Presión Arterial: _____ Pulso: _____ Peso _____

EXAMEN ESTOMATOLOGICO

AREA	AFECCION	AREA	AFECCION
Encía		Paladar Duro	
Lengua		ATM	
Labios		Endodoncia	
Carrillos		Supernumerarios	
Piso de la boca		Macrodoncia	
Ganglios Linfáticos		Microdoncia	
Salivación		Amígdalas	
Paladar blando		Otros	



HIGIENE BUCAL:

¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?--- 1 vez diaria () 2 veces () 3 Veces ()
 ¿Tiempo de Cepillado? -----
 ¿Tamaño del Cepillo? ----- Pequeño () Mediano: () Grande ()
 ¿Tipos de cerdas del Cepillo? ----- Suaves () Duras ()
 ¿Cepillado de Lengua? ----- Si () No ()
 ¿Presion ejercida al cepillarse? ----- Suave () Moderada () Fuerte ()
 ¿Usa Hilo dental? -----Si () No ()
 Sangrado de encias----- Localizado () Generalizado () Ninguno ()

EXAMEN CLINICO:

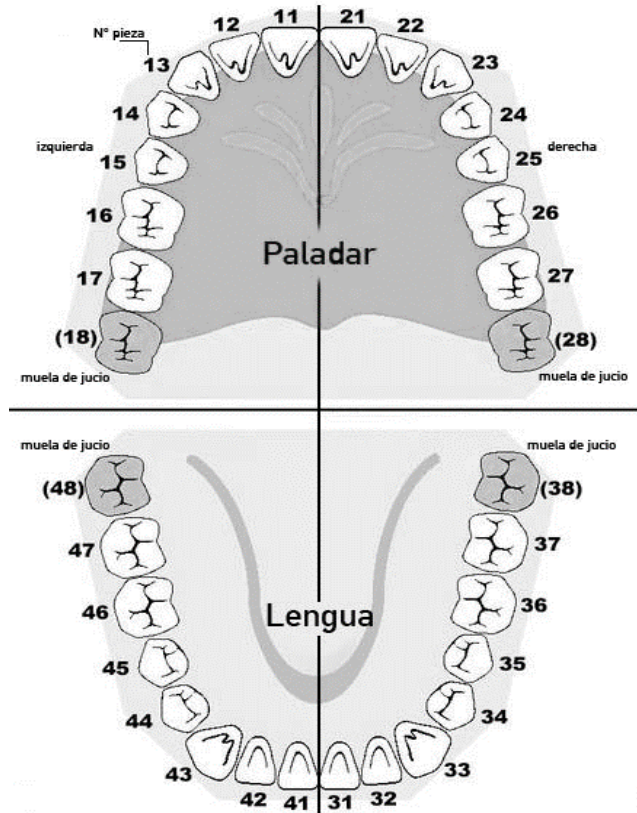
NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **Nº DE CUENTA:** _____

DATOS GENERALES DEL PACIENTE.

Estudiante: _____ No. Cuenta: _____

Carrera: _____ Sexo: M _____ F _____ Edad: _____

Disciplina: _____





UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



VOAE
Vicerrectoría de Orientación
y Asuntos Estudiantiles

Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

No	FECHA	PIEZA DENTAL	TRATAMIENTO EJECUTADO	APORT. ESTU. / LPS.	COSTO REAL/LPS.



UNAH
UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE HONDURAS



Tel: 2232-2110 Ext.
100498/499
areadesalud@unah.edu.hn

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS

SEÑORES
TESORERIA GENERAL DE LA UNAH
PRESENTE

Estimados Señores:

Favor recibir

de: _____

Con No. de cuenta: _____ de la carrera: _____

La cantidad

de: _____

En Lempiras

En Letras

Por concepto de Servicio Odontológicos