

MAD: **10661489**

San Ignacio, 14 de Febrero, 2025

OFI N° 9-2025-GR.CAJ-DRSC-RSSI-DG-CIS-AIS/S.BUCAL

PARA : Obst. SHEYLA GÓMEZ TUESTA
Jefa de la Unidad de Seguros - R.I.S. San Ignacio

ASUNTO : SOLICITO APOYO PRESUPUESTAL PARA IMPRESIÓN DE FORMATERIA ODONTOGRAMA 2025

Mediante el presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente y al mismo tiempo le SOLICITO APOYO PRESUPUESTAL para IMPRESIÓN DE FORMATOS ODONTOGRAMA 2025 en block x 100 juegos, y poder distribuir a las IPRESS que vienen brindando la atención Odontoestomatológica y describiendo en las historias clínicas físicas de los pacientes afiliados al SIS en todos los cursos de vida.

Conforme a lo detallado:

Ítem	Detalles	Cantidad	Costo Aproximado x Block
Impresión de Formato Odontograma	Block de 100 juegos. Cada juego contiene 02 hojas Cada hoja tiene contenido por anverso y reverso. Color azul o negro Tamaño A4	100 Blocks (100 juegos por block)	S/. 30. 00
COSTO TOTAL APROXIMADO			S/. 3 000. 00

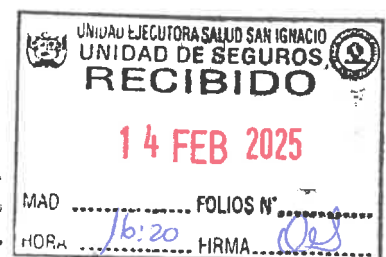
Adjunto Formato de Odontograma.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED INTEGRADA DE SALUD SAN IGNACIO
CD. L. Paul Pretel Gómez
COF. N° 32801
COORDINADOR DE SALUD BUCAL



ESSB/LPPG
C.c. Archivo

FICHA DE EVALUACIÓN ODONTO-ESTOMATOLÓGICA

NOMBRES Y APELLIDOS:				Gestante:	SI	NO	H. CL:
D.N.I.:				Edad Paciente:		Fecha:	
Ocupación:				Tipo de Seguro:		Edad Gestacional:	
DIRECCIÓN:				Celular:		F.P.P.:	
Peso:	Talla:	P.A.:	Apoderado:	Menor de Edad:		SI	Otro:
ANTECEDENTES FAMILIARES Y/O PERSONALES:				Celular:		NO	


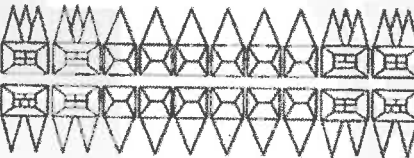

INTRAORAL


Labios:	Normal	Alterada
Carrillos:	Normal	Alterada
Paladar:	Normal	Alterada
Encía:	Normal	Alterada
Lengua:	Normal	Alterada
Piso de Boca:	Normal	Alterada
Oclusión:	Normal	Alterada

EXTRAORAL

A.T.M.:	Normal	Alterada
Ganglios:	Normal	Alterada
Piel:	Normal	Alterada
Músculos:	Normal	Alterada
Línea Media:	Normal	Alterada

EVALUACIÓN ORAL COMPLETA (ODONTOGRAMA INICIAL)

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
															

Especificaciones:

Observaciones:

INDICE CPD / ceod:	Índice de Prevalencia de Caries Dental				
Dent. Decidua (20): ceo-d	C:	e:	O:	Total:	d:
Dent. Permanente (28): CPO-D	C:	p:	O:	Total:	D:
CPD ó ceod Promedio	Bajo	Medio	Moderado		
Total Evaluados	1.2 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 4.6		

*C: Cariado / e: extraído / p: perdido / o: obturado

RIESGO DE CARIES

Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 v/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 3	Mala 3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **	Placa blanda *	Piezas		Placa calcificada**
		D	P	
		5.5 (v)	1.6 (v)	
		5.1 (v)	1.1 (v)	
		6.5 (v)	2.6 (v)	
		7.5 (L)	3.6 (L)	
		7.1 (v)	3.1 (v)	
		8.5 (L)	4.6 (L)	
SUMA 6 PIEZAS/6				
INDICE DE PB Y PC				
IHO-s				

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescente

Paquetes Preventivos	1 Sesión	2 sesión
Instrucción de H.O		
Asesoría Nutricional		
Profilaxis dental		
Aplicación de Flúor		
Aplicación de sellantes	Nº Piezas:	

EXÁMENES AUXILIARES:

DIAGNÓSTICOS / CIE-10:

- o Caries en Esmalte (K020), Piezas:
- o Caries en Dentina (K021), Piezas:
- o Pulpitis (K040), Piezas:
- o Necrosis Pulpar (K041), Piezas:
- o Otros:

PLAN DE TRATAMIENTO:

- o Tratamiento Preventivo:
- o Tratamiento Recuperativo:
- o Tratamiento Especializado:
- o Otros:

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 1° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 2° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 3° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 4° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 5° Atención

Historia Clínica N°

Fecha:	Edad:	Diagnóstico / CIE-10:				
Motivo de Consulta:		Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:						

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES: _____

❖ 6° Atención

Fecha:		Edad:	Diagnóstico / CIE-10:		Historia Clínica N°		
Motivo de Consulta:			Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:							

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 7° Atención

Fecha:		Edad:	Diagnóstico / CIE-10:		Historia Clínica N°		
Motivo de Consulta:			Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:							

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 8° Atención

Fecha:		Edad:	Diagnóstico / CIE-10:		Historia Clínica N°		
Motivo de Consulta:			Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:							

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 9° Atención

Fecha:		Edad:	Diagnóstico / CIE-10:		Historia Clínica N°		
Motivo de Consulta:			Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:							

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

❖ 10° Atención

Fecha:		Edad:	Diagnóstico / CIE-10:		Historia Clínica N°		
Motivo de Consulta:			Peso:	Talla:	P.A:	T° :	
Tratamiento:							

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

OBSERVACIONES:

ODONTOGRAMA FINAL

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

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Especificaciones:

Observaciones:

EVALUACIÓN FINAL:

INTRAORAL

Labios:	Normal	Alterada
Carrillos:	Normal	Alterada
Paladar:	Normal	Alterada
Encía:	Normal	Alterada
Lengua:	Normal	Alterada
Piso de Boca:	Normal	Alterada
Oclusión:	Normal	Alterada

EXTRAORAL

A.T.M:	Normal	Alterada
Ganglios:	Normal	Alterada
Piel:	Normal	Alterada
Músculos:	Normal	Alterada
Línea Media:	Normal	Alterada

INDICE CPOD / ceod:

Índice de Prevalencia de Caries Dental

Dent. Decidua (20): ceo-d	C:	e:	0:	Total:	d:
Dent. Permanente (28): CPO-D	C:	p:	0:	Total:	D:
CPOD ó ceod Promedio	Bajo	Medio	Moderado		
Total Evaluados	1.2 a 2.6	2.7 a 4.4	4.5 a 4.6		

*C: Cariado / e: extraído / p: perdido / o: obturado

RIESGO DE CARIES

Experiencia de caries	Menor a 2 superficies cariadas.	2 a 6 superficies cariadas	Mayor a 6 superficies cariadas
Consumo de azúcares	Hasta 3v/día	4v/día	Mayor a 4 v/día
Estado de higiene (IHO-s)	Buena 0 a 1.2	Regular 1.3 a 3	Mala 3.1 a 6
Riesgo de caries	BAJO	MODERADO	ALTO

Personas SBU	Marcar	ABO
Libre de foco séptico		
Con presencia de foco séptico	Especificar:	

Tratamiento Recuperativo	N° Restauraciones realizadas:
	N° Exodoncias:
	Destartraje (indicar n° sesiones)
Tratamiento Especializado	Especificar:

Nota: Esta parte será registrado al finalizar el Plan de Tratamiento

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NOMBRES Y APELLIDOS:	Gestante:	SI	NO	Edad Gestacional:
Edad Paciente:	N° Historia Clínica:	Fecha:	Tipo de Seguro:	SIS
				Otro:

INDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHO-s) **	Placa blanda *	Piezas	Placa calcificada**
		D	P
		5.5 (v)	1.6 (v)
		5.1 (v)	1.1 (v)
		6.5 (v)	2.6 (v)
		7.5 (L)	3.6 (L)
		7.1 (v)	3.1 (v)
		8.5 (L)	4.6 (L)
SUMA 6*PIEZAS/6			
INDICE DE PB Y PC			
IHO-s			

* Aplica a grupo niño

** A partir de adolescente