



COD
NTS-003

Versión
1.0

Aprobación
Septiembre 2023

Sección normalización

Norma técnica de salud

Odontología en el ISSS

NTS

AUTORIZADO


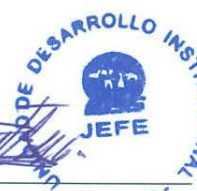
REVISADO

APROBADO

F.  

Dr. Edwin Roberto
Salmerón

Gerente de Salud

Licda. Rosa Alba Quinteros

Jefatura Unidad de Desarrollo
Institucional

F.  

Dra. Manica G. Ayala
Guerrero

Directora General del ISSS



Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Disposiciones generales
- VII. Desarrollo
 1. Relacionadas al portafolio de servicios odontológicos
 2. Relacionadas a la estrategia atención
 3. Relacionada a la atención odontológica
 4. Relacionadas a los insumos, instrumental y equipo odontológico
 5. Relacionadas al equipo odontológico
 6. Relacionadas al odontólogo general
 7. Relacionadas a odontopediatría
 8. Relacionadas a endodoncia
 9. Relacionadas a periodoncia
 10. Relacionadas a cirugía oral y maxilofacial
 11. Relacionadas a higiene dental
 12. Relacionadas a asistente dental
 13. Relacionadas a recepcionista
 14. Relacionadas a auxiliar de servicio
 15. Relacionadas a la atención odontológica itinerante
 16. Relacionadas a toma de radiografía panorámica
 17. Relacionadas a la supervisión, monitoreo y evaluación de la salud bucal
- VIII. Responsabilidades en la normativa
- IX. Registros y formularios utilizados en el proceso
- X. Personal que participó en el desarrollo del documento
- XI. Registro de actualización del documento
- XII. Anexos
- XIII. Registro de Adendas

I. Propósito

Proporcionar los elementos de organización, funcionamiento, responsabilidades y atenciones de los servicios de odontología y sus especialidades con el fin de proporcionar un servicio de alta calidad a los pacientes.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Constitución de la República de El Salvador.
- Código de salud.
- Ley y reglamentos del Instituto salvadoreño del seguro social.
- Ley nacer con cariño.
- Ley crecer juntos.
- Ley de derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios.
- Normas de control interno del ISSS.

III. Alcance

La normativa tiene un alcance para todo personal de odontología (odontólogos generales, especialistas, itinerantes, asistente e higienistas dentales) tanto en el primero, segundo y tercer nivel de atención, así como en las clínicas empresariales del ISSS.

IV. Vigencia

La norma técnica de salud de odontología en el ISSS, se revisará de oficio con una periodicidad de 5 años y a solicitud de profesionales de odontología las veces que se considere necesario, según la práctica.

V. Definiciones

▪ Urgencia médica

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia es definida como la patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que debe ser atendida para evitar complicaciones mayores.

De esta definición, derivan los conceptos de Urgencia Subjetiva y Objetiva:

- Urgencia Subjetiva: Aquella en la que el paciente, sus familiares o responsables legales son los que deciden sobre la necesidad de recibir atención médica inmediata.
- Urgencia Objetiva: Aquella en la que la necesidad de actuación médica inmediata es decidida por un médico o profesional sanitario cualificado.

▪ Emergencia médica

La OMS define emergencia como “aquel caso en que la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos”.

VI. Disposiciones generales

1. El personal de odontología deberá conocer las actividades que se desarrollan en la norma técnica de salud de odontología del ISSS. En los centros de atención donde exista coordinador odontológico será quien brinde dicha inducción, o en caso contrario, será el director del centro de atención con apoyo de coordinador odontológico de red o quién defina la coordinación institucional de odontología.
2. El personal de odontología será responsable de brindar atención y consulta odontológica cumpliendo el indicador del tiempo de consulta y permaneciendo en su puesto de trabajo acorde a las horas contratadas.
3. El personal de odontología deberá atender indicaciones, según necesidades institucionales que le sean asignadas por su jefatura inmediata.
4. El equipo de odontología se integrará a la programación de educación, fomento y promoción de la salud bucal dentro de las empresas durante la semana de salud bucal.
5. El personal de odontología deberá utilizar en la prestación de servicios el equipo de protección personal otorgado por la Institución.
6. Es obligatorio asistir a charlas de educación continua a seminarios impartidos por la institución; así como a reuniones de trabajo convocados por coordinador institucional de odontología u otra autoridad competente.
7. Será potestad del director local y/o coordinador odontológico en conjunto con todo el personal de odontología y recursos involucrados, buscar estrategias de mejora para dar cumplimiento a indicadores y metas establecidas.
8. En caso de emergencia nacional o desastres naturales, el personal de odontología deberá presentarse a su centro de atención o en su defecto al centro de atención más cercano, sin necesidad de convocatoria.
9. La toma de radiografía panorámica será para identificar patologías y establecer diagnósticos diferenciales; piezas retenidas previa toma de radiografía periapical, alteraciones de las articulaciones temporomandibulares, o en caso que el paciente presente una limitación física para la toma de radiografías periapicales.
10. En caso de ausencia de asistente dental y que sea recurso único, la consulta odontológica se limitará a pacientes citados, embarazadas, urgencias y emergencias.
11. Los indicadores de producción/rendimiento del servicio de odontología estarán definidos en Lineamientos de Programación vigentes, emitidos por el Departamento de Planificación en Salud.
12. Toda consulta y atención odontológica deberá ser registrado en los formularios respectivos.
13. Para el caso de los formularios con código SAFISSS contenidos en éste documento, se detallará el nuevo código SAFISSS del SAP- S/4 HANA, los formularios que estén impresos con el código anterior SAFISSS se deberán seguir utilizando hasta agotar existencias o hasta que los mismos sean actualizados con el nuevo código.

VII. Desarrollo

1. Relacionadas al portafolio de servicios odontológicos

- 1.1 Los servicios odontológicos en el ISSS, se desarrollarán en los tres niveles de atención:
 - a) Primario: Actividades educativas de promoción y fomento de la salud bucal, higiene dental, odontología general y especializada.
 - b) Secundario: Además de las actividades preventivas de primer nivel, el equipo odontológico debe realizar actividades curativas tanto de odontología general como especializada.
 - c) Terciario: Actividades de cirugía maxilofacial.
- 1.2 La educación en salud bucal se realizará en cada contacto que el paciente tenga con miembros del equipo multidisciplinario del centro de atención, clínica empresarial o en la comunidad, haciendo énfasis en mujeres gestantes, población infantil y adolescentes.
- 1.3 Se realizarán tratamientos preventivos en los pacientes por curso de vida, según Portafolio de Servicios.

2. Relacionadas a la estrategia atención

- 2.1 La estrategia de atención del equipo odontológico se realizará a través de las siguientes acciones:
 - a) Actividades de educación para la salud a pacientes (higienista dental una charla diaria y el equipo de odontólogos capsulas informativas de forma rotativa por todo el personal).
 - b) Asesoría y consejería a la comunidad en salud bucal (para higienistas con horas comunitarias).
 - c) Atención de odontología itinerante en las empresas.
 - d) Atención en odontología general en los 3 niveles de atención.
 - e) Atención de especialidad de endodoncia, periodoncia, odontopediatría y cirugía máxilo facial.
 - f) Uso de normativas institucionales de acuerdo al nivel de atención se trate.
 - g) Aplicación de normas de bioseguridad en la atención al paciente.

3. Relacionada a la atención odontológica

- 3.1 Los diferentes tratamientos de odontología se deberán realizar de acuerdo con los procedimientos preestablecidos en el manual de procedimientos de odontología ISSS, vigente.
- 3.2 A todo paciente de urgencia y/o emergencia es obligación evaluarlo, efectuar el llenado del Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica Código SAFISSS 130100014 para realizar el procedimiento odontológico por el cual consulta el paciente, y en caso de ser necesario realizar la Hoja de referencia, retorno e interconsulta código SAFISSS 130100239 o Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimiento Código. SAFISSS 130100240 y programar citas

pertinentes. Se debe anotar en el Informe diario de especialidad código SAFISSS 130100297, Informe diario de consulta odontopediátrica código SAFISSS 130100298, Informe diario de odontología general código SAFISSS 130100299, Informe diario de odontología preventiva. Código SAFISSS 130100301, Informe de consulta externa de higiene dental Código SAFISSS 130100310 y en la ficha odontológica correspondiente.

- 3.3 La atención de pacientes de odontología especializada se realizará por medio de la Hoja de referencia, retorno e interconsulta código SAFISSS 130100239 o Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimiento código SAFISSS 130100240.
- 3.4 En casos de pacientes que ameriten tratamientos con especialistas o interconsulta médica, está se realizará de acuerdo a la norma de referencia, retorno e interconsulta.
- 3.5 En la atención y/o consulta odontológica, el paciente infantil, se requerirá el acompañamiento de adulto responsable.
- 3.6 La referencia a endodoncia y cirugía maxilofacial deberá anexarse radiografía de diagnóstico de acetato (donde cuenten con dicho equipo), y en los centros que cuenten con sistema de rayos x digital será enviado a la especialidad respectiva a través de los medios institucionales establecidos.
 - a) En caso que la radiografía enviada no cumpla con requisitos solicitados esta deberá ser tomada por dicho especialista.
 - b) El órgano dentario referido por odontólogo general a endodoncia deberá haberse eliminado caries en su totalidad y apertura cameral, respectivamente.
- 3.7 La atención odontológica se brindará en todas las estructuras estomatológicas de la cavidad oral en las áreas: preventiva, diagnóstica, operatoria, exodoncia, así como especialidades, emergencias y urgencias odontológicas, según Portafolio de Servicios vigente.
- 3.8 En la primera consulta, el odontólogo general, especialista e higienista deberán realizar:
 - a) Anamnesis del paciente sobre el motivo de su consulta y su estado de salud general.
 - b) Anexar al expediente el consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica, firmado por paciente o responsable y firma de testigo. En casos especiales es válido la colocación de la huella digital.
 - c) El paciente deberá enjuagarse previamente con colutorio para disminución de cualquier tipo de posible carga viral, bacteriana o micótica, según lo indicado en el Listado oficial de medicamentos (LOM).
 - d) Llenar el periodontograma, según aplique.
 - e) Establecer e iniciar el plan de tratamiento integral priorizando el motivo de la consulta expresado por el paciente.
 - f) Referencia del paciente, si amerita el caso.
- 3.9 La historia médica y odontológica se realizará en la primera consulta. A los 3 años, efectuará un nuevo diagnóstico e historia médica, elaboración de ficha odontológica nueva, consentimiento informado y registro en el censo como paciente subsecuente.

- 3.10 Los diferentes tratamientos odontológicos a pacientes, se deberán realizar de acuerdo a los procedimientos pre-establecidos en el manual de procedimientos de odontología ISSS, vigente.
- 3.11 El profesional odontológico, está obligado a informar claramente al paciente sobre su estado de salud bucal, brindarle el componente educativo de acuerdo a su condición, y motivarle a prevenir y mejorar las patologías encontradas a fin de reestablecer la salud bucal de acuerdo a un plan de tratamiento.
- 3.12 El odontólogo general y el especialista prescribirán medicamentos de acuerdo a la patología a tratar, según Listado Oficial de Medicamentos vigente, y cuando sea requerido emitirá incapacidades en base al manual de procedimientos de odontología, vigente.
- 3.13 El odontólogo especialista, al terminar el tratamiento, deberá elaborar el documento de retorno al centro de atención que lo refirió con la información correspondiente para que continúe su tratamiento de rehabilitación de la cavidad oral.
- 3.14 El profesional de odontología, posterior a su consulta deberá completar el informe diario de consulta, de acuerdo al diagnóstico y tratamiento realizado al paciente.
- 3.15 En toda consulta y atención odontológica a menores de edad siempre deberá estar presente un adulto responsable.
- 3.16 La promoción y educación en salud bucal se realizará por odontólogos generales y especialista a través de capsulas informativas impartidas diariamente de forma rotativa.

4. Relacionadas a los insumos, instrumental y equipo odontológico

- 4.1 Todo el personal de odontología debe velar por el buen funcionamiento y cuidado del equipo, materiales e insumos de su consultorio; así como cumplir las medidas de protección radiológica y bioseguridad contempladas en manual y normas infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) vigentes.
- 4.2 La planificación de insumos, instrumental y equipo odontológico será realizada por el coordinador odontológico o por el equipo de trabajo de odontología, según aplique. En caso de desabastecimiento se buscará estrategias locales para evitar la suspensión de la atención odontológica a los pacientes.
- 4.3 En los centros de atención que no cuenten con coordinador odontológico nombrado, el equipo de trabajo deberá llevar el control del gasto de materiales, planificación de insumos, instrumental y equipo odontológico, de acuerdo a los procesos establecidos por la Institución, para lo cual, durante el mes se destinará un período de 8 horas mensuales al recurso designado por la autoridad local para dicho proceso.
- 4.4 La desinfección del equipo e instrumental estará a cargo de asistente dental o higienista dental.
- 4.5 El usuario o personal de turno que detecte fallas en el equipo deberá reportar oportunamente a la autoridad competente la solicitud para el mantenimiento de equipo dañado, según contrato.

5. Relacionadas al equipo odontológico

- 5.1 El coordinador odontológico es responsable del funcionamiento del servicio de odontología y es el enlace directo entre el servicio de odontología con la dirección y administración del centro de atención, y con coordinación institucional de odontología.
- 5.1.1 Las funciones principales del coordinador odontológico están:
- a) Ejercer la autoridad, el control y supervisión integral del personal bajo su responsabilidad: odontólogo general, odontólogo especialista (endodoncista, periodoncista, odontopediatra y cirujano maxilo facial), higienista dental, asistente dental; así como equipo de odontología itinerante, archivista, recepcionista y auxiliar de servicio, según aplique.
 - b) Monitorear a su red de atención (unidad médica, clínica comunal y equipo de odontología itinerante) de forma trimestral. Los centros de atención identificados con metas e indicadores bajos se monitorearán bimensualmente. El resultado de cada visita de monitoreo se informará al director local, Departamento de Redes Integradas de Salud (DRIS) y coordinador institucional de odontología, según informe de visita de monitoreo.
 - c) Reorganizar al personal del servicio de odontología bajo responsabilidad en beneficio del buen funcionamiento del área.
 - d) Realizar reuniones bimensuales de trabajo con el personal del servicio de odontología con el fin de mantener una buena comunicación, integración para el trabajo en equipo, sobre planes de trabajo metas y necesidades del servicio, de las cuales se elaborarán las actas respectivas y enviará copia de las mismas a coordinación institucional de odontología.
 - e) Vigilar el cumplimiento de la presente norma y el manual de procedimientos de odontología ISSS., vigente, a fin de garantizar los servicios odontológicos con calidad y calidez a los pacientes.
 - f) Planificar la necesidad de recurso humano, la adquisición de equipos e insumos odontológicos de su servicio.
 - g) Evaluar en base a indicadores el rendimiento individual de odontólogos e higienistas para el cumplimiento de las metas programadas en el servicio de odontología informando a personal de forma individual.
 - h) Verificar que todo personal cumpla con las medidas de bioseguridad.
 - i) Coordinar oportuna y eficientemente las requisiciones de mantenimiento de los equipos, materiales, instrumental e insumos odontológicos de su centro de atención
 - j) Definir las necesidades capacitación continua del personal.
 - k) Gestionar las propuestas de nombramiento del personal, permisos personales y licencias, entre otros.
 - l) El coordinador de odontología en conjunto con un equipo de trabajo formado por odontólogos generales y especialistas realizarán auditoría de expedientes semestralmente (bloqueando agenda de citas a los miembros del equipo auditor), evaluando 2 expedientes de primera vez y 2 subsecuentes. El equipo de trabajo emitirá el informe final que será enviado a dirección local y coordinador institucional de odontología.

- m) Coordinar la entrega y manejo de materiales, insumos e instrumental odontológico a asistentes e higienistas dentales, según programación del mismo.
- n) Gestionar oportunamente las requisiciones de compra local tomando en cuenta el presupuesto aprobado de su centro de atención para el servicio odontológico.
- o) Supervisar las actividades realizadas por el personal del servicio de odontología.
- p) Elaborar informes mensuales de la consulta odontológica, acorde a los informes diario de consulta del servicio, los enviará en los períodos establecidos a las instancias correspondientes en los primeros 5 días hábiles de cada mes.
- q) Presentar la evaluación al director del centro de atención, equipo de monitoreo del Departamento de Redes Integradas de Salud y coordinador institucional de odontología con periodicidad: mensual, trimestral y anual.
- r) Participar en la elaboración del plan anual de trabajo y el plan de emergencia del centro de atención.

6. Relacionadas al odontólogo general

- 6.1 El odontólogo general será responsable de brindar atención a adolescentes y adultos, cumpliendo el indicador del tiempo de consulta, y permaneciendo en su puesto de trabajo en cumplimiento a las horas contratadas.
- 6.2 El odontólogo general en la primera consulta, deberá realizar:
 - a) Interrogatorio al paciente sobre el motivo de su consulta y su estado de salud general.
 - b) Diagnóstico.
 - c) Llenado de ficha completa de odontología general.
 - d) Llenado el odontograma y periodontograma (mapeo gingival y presencia de bolsa periodontal a través de sondeo).
 - e) Realizar el plan de tratamiento integral con sentido altamente prioritario (de mayor a menor complejidad).
 - f) Llenado de consentimiento informado, con firma de responsable y como testigo firma de asistente dental. En caso de no contar con asistente dental, se omitirá firma y justificará en dicho documento.
 - g) Motivar y brindar educación en salud bucal.
 - h) A todo paciente de primera vez:
 - Realizar diagnóstico completo incluyendo toma de radiografía en los centros que cuenten con dicha tecnología, y generar las referencias necesarias, prescripciones e incapacidades, según el motivo de consulta.
 - Cuando el motivo de consulta sea una urgencia odontológica está será resuelta, se llenará el consentimiento informado, ficha odontológica (Motivo de consulta, historia médica e historia odontológica). En la cita subsecuente se completará el llenado de la ficha odontológica.

- Cuando el motivo de la consulta demanda un procedimiento (preventivo y/o curativo) este deberá ser resuelto, con el respectivo llenado de consentimiento informado, ficha odontologica (Motivo de consulta, historia médica e historia odontológica). En la cita subsecuente se completará el llenado de la ficha odontológica.
- i) Si la primera consulta es originada por emergencia o urgencia como dolor agudo, infecciones, edemas u otras situaciones, éstas serán tratadas en la misma consulta de acuerdo al manual de procedimientos de odontología ISSS, vigente., aún habiendo completado el odontólogo su consulta y antes de concluir su hora de labores.
- j) Previo a la realización de un procedimiento operatorio se efectuará el aislamiento absoluto, siempre y cuando, se logre la colaboración del paciente.
- k) Al paciente subsecuente se podrá realizar de 1-2 procedimientos, dependiendo la complejidad del caso:
- Cuando sean clases I y V deberán realizar un mínimo de 2 procedimientos en una sola cita.
 - Cuando en el cuadrante estén presente clase II que no sea compleja y una clase I se realizara los 2 procedimientos.
 - Si es clase II compleja realizara solo 1 procedimiento.
- 6.3 Realizar a los 3 años un nuevo diagnóstico e historia médica al paciente; elaborando ficha odontológica nueva, consentimiento informado, educación al paciente, resolución del motivo de consulta y censándolo como paciente subsecuente.
- 6.4 En el caso que la pieza dental a tratar requiera material restaurativo de resina y está presente biofilm, será el odontólogo general quien realice el acondicionamiento de tejido en el área a trabajar, y posteriormente procederá a la obturación en dicha pieza.
- 6.5 Todo tratamiento iniciado se le deberá concluir en la misma cita, exceptuando los casos complicados, que deberán justificarse en la ficha del expediente del paciente.
- 6.6 En los servicios odontológicos, donde no se cuente con personal técnico de higiene dental:
- a) El odontólogo general será el responsable de brindar dicha atención en la población adulta y adolescentes.
- b) Los centros de atención que posean portafolio de servicio de odontología general y cuya población sea niños, adolescentes y adultos, será el odontólogo general quien brindará las atenciones preventivas.
- c) El esquema de cita será:
- Gingivitis: detartraje y profilaxis, técnica de cepillado y uso de hilo dental se realizará en una cita, si existe poco irritante local. Si existe mucho irritante local, y encías edematosas se realizará en dos citas, considerando el pronóstico referir a periodoncia.
 - Periodontitis: En 1 a 2 citas detartraje, profilaxis (si aplica), técnica de cepillado y uso de hilo dental y referir a periodoncia.

- Posterior a finalizar esquema de odontología preventiva, cuando caso lo amerite, referir a especialidad de periodoncia.
- 6.7 El odontólogo general brindará atenciones curativas en adolescentes y adultos.
- 6.8 Toda la información detallada en formularios institucionales es responsabilidad del odontólogo tratante.
- 6.9 En toda referencia a endodoncia y cirugía maxilofacial deberá anexarse radiografía de diagnóstico (donde cuenten con dicho recurso). El órgano dentario referido por odontólogo general a endodoncia deberá haberse eliminado caries y apertura cameral, respectivamente.

7. Relacionadas a odontopediatría

- 7.1 La atención odontopediátrica de pacientes será de niños de 0 - 11 años y 364 días, incluyendo adolescentes hasta 17 años y 364 días de difícil manejo referidos por odontólogos generales o interconsultantes. En centros de atención donde no exista higienista dental, será el odontopediatra quien realizará las atenciones preventivas y curativas en dicha población paciente.
- 7.2 El odontopediatra durante su consulta realizará:
- a) Llenado de ficha completa.
 - b) Llenado de consentimiento informado, con firma de responsable y como testigo firma de asistente dental. En caso de no contar con asistente dental, se omitirá firma y justificará en dicho documento.
 - c) Diagnóstico.
 - d) Plan de tratamiento.
 - e) Motivación y educación en salud bucal.
 - f) Previo a procedimiento operatorio se realizará el aislamiento absoluto siempre y cuando se logre colaboración del paciente.
 - g) Paciente de primera vez se resolverá motivo de consulta.
 - h) Paciente subsecuente se realizará 1 ó 2 procedimientos dependiendo la complejidad del caso y colaboración del paciente.
 - i) Exodoncias de los dientes temporarios y permanentes.
 - j) Operatoria en dientes temporarios y permanentes, según plan de tratamiento.
 - k) Pulpotomías.
 - l) Aperturas, drenajes y referencias a pulpectomías a los centros de referencia.
 - m) Pulpectomías en centros de atención de referencia.
 - n) Recubrimientos pulpaes indirectos en dientes temporarios y permanentes.
 - o) Abordaje en técnica mínimamente invasiva.
 - p) Al final del tratamiento se programará los controles, según el riesgo cariogénico establecido.
 - q) El odontopediatra elaborará y entregará recetas de medicamentos, de acuerdo a lo determinado en Listado Oficial de Medicamentos.

- r) En caso de requerir estudio radiográfico periapical, el paciente será referido a unidad médica de adscripción.
 - s) En caso del paciente requiera interconsulta médica, se realizará acorde a norma de referencia, retorno e interconsulta del ISSS., vigente.
- 7.3 Cuando sea requerido el manejo de la conducta del niño, se deberá contar con la autorización por escrito del padre y/o responsable del menor de edad, además quedando como respaldo en expediente (ficha odontopediátrica y/o consentimiento informado).
- 7.4 La atención al paciente deberá realizarse con técnica de cuatro manos.

8. Relacionadas a endodoncia

- 8.1 Los tratamientos de endodoncia son realizados en incisivos, caninos, premolares y molares. No se realizarán tratamientos de endodoncia en terceros molares, piezas dentales con conductos obliterados, piezas con raíces que presenten curvatura extrema según permeabilidad de los conductos y destrucción coronaria que impida el aislamiento. Para todos los casos anteriormente mencionados deberá existir justificación técnica y respaldo radiográfico en el expediente e informando al paciente el pronóstico de la misma.
- 8.2 Todo tratamiento endodóntico deberá contar con respaldo de radiografía inicial, conductometría y sellado final.
- 8.3 El retorno de pacientes con endodoncias terminadas, deberá anexarse radiografías con sellado final de acetato. En aquellos centros que cuenten con radiografía digital exclusiva no se enviará el respaldo radiográfico y se detallará en formulario de retorno.
- 8.4 Acorde a normativa de referencia y retorno se utilizará los formularios de referencia respectivos.
- 8.5 En caso de tratamientos endodónticos iniciados o retratamiento de piezas realizadas en práctica privada u otro centro de atención del ISSS, deberá ser evaluada la posibilidad de ser realizado en la institución, contando con el respectivo respaldo radiográfico y justificación técnica documentado en la ficha las condiciones de recepción de dicho paciente, quedando a criterio de especialista el pronóstico y tratamiento. Se informará al paciente sobre el pronóstico de la pieza.
- 8.6 El endodoncista, durante la consulta deberá realizar:
- a) Llenado de ficha.
 - b) Llenado de consentimiento informado con firma del paciente o responsable.
 - c) Toma de radiografía inicial, conductometría y sellado final.
 - d) Diagnóstico.
 - e) Plan de tratamiento.
 - f) Colocación de aislamiento absoluto para todos los casos.
 - g) Piezas mono radicales vitales se realizará en una cita.
 - h) Piezas multi-radicales vitales en dos citas.
 - i) Piezas mono-radicales necróticas en dos citas excepto complicaciones y criterio del operador.



- j) Piezas multiradiculares necróticas se resolverá en tres citas, excepto, complicaciones y criterio del operador.
- k) En caso de retratamiento, el numero de citas, quedará sujeto a la complejidad del caso.

9. Relacionadas a periodoncia

- 9.1 En periodoncia durante la primera consulta se realizará:
 - a) Interrogatorio al paciente sobre el motivo de su consulta y su estado de salud general.
 - b) Llenado completo de periodontograma.
 - c) Toma de set de radiografías periapicales (2 de aleta y 2 anteriores).
 - d) Diagnóstico.
 - e) Realizar el plan de tratamiento integral en todas sus fases.
 - f) Análisis de la oclusión.
 - g) Llenado de consentimiento informado con la firma o responsable y testigo (asistente dental).
 - h) Motivación y educación en salud bucal.
 - i) Referencias necesarias.
- 9.2 Los procedimientos en periodoncia, se realizarán por cuadrante o sextante, dependiendo de la complejidad de caso.
- 9.3 Los tratamientos de alisado radicular subgingival será responsabilidad del periodoncista y no de higienista dental.
- 9.4 En los casos de trauma oclusal, se realizará ajuste oclusal selectivo, dependiendo de la severidad del caso de 1 a 3 citas.
- 9.5 En caso que se presente paciente con cálculo supragingival, en la nueva modalidad de atención de odontología general, se realizará en la primera cita de la fase higiénica.
- 9.6 Se indicará tratamiento terminado al concluir la fase higiénica y la fase correctiva.
- 9.7 Los controles de mantenimiento se realizarán cada 3, 4, 6 y 12 meses, según caso.
- 9.8 Realizar a los 3 años un nuevo diagnóstico y radiografías de control, elaborando ficha periodontal nueva, consentimiento informado, y censar como paciente subsecuente.

10. Relacionadas a cirugía oral y maxilofacial

- 10.1 Los pacientes referidos para tratamiento electivo se realizarán de acuerdo a la agenda del servicio:
 - a) La consulta externa se realiza en los consultorios odontológicos en las unidades médicas y hospitales que cuenten con dicho servicio.
 - b) Los procedimientos quirúrgicos complejos, en los cuales se requiere el uso de sala de operaciones, se realizarán y se programarán de acuerdo a demanda.
- 10.2 Los procedimientos de cirugía oral y maxilofacial serán brindados a todo paciente referido con urgencia o emergencia odontológica.

11. Relacionadas a higiene dental

- 11.1 Los higienistas dentales (con horas comunitarias) son responsables de la promoción para la salud intra y extramural. Todo el personal de higiene oral impartirá una charla diaria.
- 11.2 Los higienistas dentales darán seguimiento de casos a población infantil que falta a más de 2 citas en su tratamiento preventivo a través de la visita domiciliar, donde aplique.
- 11.3 Los higienistas dentales deben participar en campañas de salud bucal a nivel comunitario, priorizando en los niños(as) en edad pre-escolar, escolar y adolescentes a través de higienistas dentales que realizan trabajo comunitario.
- 11.4 En clínicas comunales que no posean asistente dental, los higienistas dentales realizarán ambas funciones. En la clínica donde se realice doble función (higienista y asistente dental) no se realizará actividad educativa extramural.
- 11.5 Serán responsabilidades del higienista dental.
 - a) Recibir los expedientes clínicos de los pacientes que serán atendidos en su consultorio y verificar que tenga la ficha correspondiente, si no tuviere procederá a incluirla, se llenará además con la fecha, sello del consultorio e información general del paciente.
 - b) Llamar al paciente por su nombre y de acuerdo al orden de llegada del expediente. Pasará al paciente al consultorio correspondiente con amabilidad y cortesía.
 - c) Proporcionar al paciente las indicaciones necesarias sobre la atención y uso del equipo odontológico para lograr su comodidad y satisfacción en el desarrollo del tratamiento que se le proporcionará.
 - d) Cada 3 años realizará un nuevo diagnóstico e historia médica, elaborando ficha odontológica nueva, consentimiento informado y censarlo como paciente subsecuente.
 - e) Realizar los diferentes tratamientos de higiene dental, de acuerdo a los procedimientos pre-establecidos en el manual de procedimientos de odontología ISSS vigente, los cuales serán supervisados por el coordinador local, el periodoncista, odontopediatra u odontólogos generales en sus centros atención, donde aplique.
 - f) Determinar el estado de salud bucal del niño o adolescente, llenar el odontograma con su respectivo indicador c.e.o., C.P.O. de acuerdo a la edad y completar el registro en un folder especial para ello, en orden correlativo del año de inscripción a todo paciente de primera vez.
 - g) Impartir en el centro de atención una charla educativa de 15 minutos al día en los lugares de mayor concentración de personas que asisten al centro de atención o a grupos organizados de pacientes sobre aspectos de prevención de las enfermedades y conservación de la salud bucal. Registrar en libro control con la firma de al menos un paciente.
 - h) Incentivar al paciente para que continúe su tratamiento para el restablecimiento de su salud bucal.
 - i) Elaborar las referencias al paciente para odontología general o especialidad para control o complemento del tratamiento y lograr la salud bucal del paciente.

- j) Llenar el censo diario de tratamientos de higiene dental realizados y el informe mensual.
 - k) Cuidar el equipo odontológico e instrumental bajo su uso y responsabilidad. Deberá poseer control sobre estos a través de un inventario de existencia.
 - l) Proporcionar mantenimiento diario al equipo, así como realizar la limpieza de la unidad dental, escupidera, eyector, sillón, banquillos, lámparas y equipo de ultrasonido (Incluye la lubricación de las piezas de mano de baja velocidad, y limpieza después del uso con cada paciente).
 - m) Preparación de soluciones desinfectantes, donde se colocarán los instrumentos utilizados durante la consulta diaria y lavado posterior de los mismos, siguiendo los principios de bioseguridad.
 - n) Preparación de líquidos para las películas radiográficas que se tomen en su consultorio, cuando es recurso único, siguiendo los principios establecidos para tal fin, en aquellos centros de atención en los cuales ejerza doble función de higienista y asistente dental, donde aplique.
 - o) Programar y desarrollar las actividades contempladas en el manual de procedimientos de odontología ISSS, vigente.
 - p) Programar y desarrollar las actividades contempladas en el manual de procedimientos de odontología ISSS, vigente. Los tiempos asignados a higienista de higiene oral de 8 horas será de la manera siguiente:
 - 6 horas y 40 minutos de horas operativas.
 - 40 minutos de almuerzo.
 - 40 minutos lavado ,esterilización y tiempo de labor educativa.
- *Para higienistas con menor tiempo operativo se debe considerar tiempo de lavado y esterilización.

11.6 Los centros de atención que poseen recurso técnico con doble función (higienista dental y asistente dental), los tiempos estarán sujetos de las horas odontólogo contratadas.

- **Niños y adolescentes**

- 11.7 Los higienistas dentales de niños en su primera consulta realizarán:
- a) Llenado de ficha.
 - b) Llenado de consentimiento informado y firma por responsable.
 - c) Diagnóstico.
 - d) Plan de tratamiento.
 - e) Técnicas de higiene oral e indicación de dietas.
 - f) Toma de índice de caries: cariadas, indicada a extracción y obturada (c.e.o.) y Cariadas Perdidas y Obturadas (C.P.O).
 - g) Referencia y retorno.
 - h) En cita subsecuente se realiza el control de biofilm y lo establecido en el plan de tratamiento que incluya: medidas preventivas (profilaxis, detartraje, aplicaciones tópicas de flúor,

control de biofilm final y sellado de fosas y fisuras).

- i) Finalizado el plan de tratamiento se deberá realizar control en 6 meses o según indicaciones de odontopediatra.

- **Adolescentes y adultos**

11.8 Los higienistas dentales en adolescentes y adultos, en su primera cita realizarán:

- a) Llenado de ficha.
- b) Llenado de consentimiento informado con firma del paciente o responsable.
- c) Diagnóstico.
- d) Plan de tratamiento.
- e) Inicio de detartraje.
- f) Técnicas de cepillado e hilo dental.
- g) En cita subsecuente se realiza el control biofilm y lo establecido en el plan de tratamiento que incluye: medidas preventivas (detartraje, profilaxis, aplicaciones tópicas de flúor y control de biofilm final).
- h) Referencia y retorno, según corresponda.

12. Relacionadas a asistente dental

12.1 Serán responsabilidades del asistente dental:

- a) Asistir al odontólogo en la atención de todos los pacientes; incluyendo emergencias y/o pacientes extras que el odontólogo indique.
- b) Recibir los expedientes clínicos de los pacientes que serán atendidos en su consultorio y verificar que tenga la ficha correspondiente y consentimiento informado, si no tuviere procederá a incluirla agregando fecha, sellos correspondientes e información general del paciente.
- c) Proporcionar al paciente las indicaciones necesarias sobre acomodación en sillón odontológico al inicio y final del procedimiento odontológico, para lograr su comodidad y satisfacción en el desarrollo del tratamiento que se realizará.
- d) Acompañar al profesional odontológico en la atención al paciente y asistirlo en la preparación de los materiales y todo el instrumental que solicite dirigiéndose a este de manera amable, rápida, eficiente y de acuerdo al tratamiento que se realiza (Técnica cuatro manos, cuando aplique).
- e) Asistir al odontólogo en la instrumentación, cuando se encuentre ejecutando el tratamiento al paciente.
- f) Llenar la ficha odontológica del paciente con los datos dictados por el odontólogo, plasmarlos en el odontograma y periodontograma bajo supervisión de este, de acuerdo a la simbología establecida.
- g) Llenado de datos generales del paciente en fichas y consentimiento informado (firma como testigo).

- h) Introducir datos de paciente en computadora cuando se cuente con equipo de sistema rayos x digital (RVG).
- i) Proporcionar el mantenimiento del equipo, tales como: Limpieza de la unidad dental, escupidera, eyector, sillón, banquillos y lámparas entre cada paciente. También incluye la limpieza de la pieza de mano de alta velocidad entre cada paciente y al final de la jornada, así como su lubricación las veces necesarias.
- j) Mantener orden las áreas de trabajo, resguardo de instrumental.
- k) Efectuar los cambios de fresas, instrumentos, jeringas triples, cambio de babero y demás materiales utilizados en la consulta del paciente anterior. Esto se debe realizar las veces que sea requerido.
- l) Preparar las soluciones desinfectantes donde se colocará los instrumentos utilizados durante la consulta diaria y lavado posterior de los mismos siguiendo los principios de bioseguridad contempladas en el manual de infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) vigente.
- m) Preparar equipos e instrumentos para su esterilización, entrega, recepción del personal designado para tal fin. En los centros de atención que cuenten con esterilizador, será el asistente dental designado, el que velará por el buen proceso de esterilización (Incluyendo el correcto empaquetado del instrumental)
- n) Preparar los líquidos para el procesamiento de películas radiográficas que se tomen en el consultorio, siguiendo los principios establecidos. Así también deberá mantener limpia el área de procesado de las películas radiográficas, cajas reveladoras y aparato de rayos X.
- o) Cuidar el instrumental y equipo odontológico bajo su uso y responsabilidad, al mismo tiempo hará entrega a través del inventario respectivo al personal que le relevará en la clínica al momento de efectuar la rotación. La rotación se realizará trimestralmente de clínica y de turno. En los centros de atención que existan recurso único de asistente dental e higiene dental el inventario deberá ser realizado al menos una vez al año.
- p) En los centros de atención donde se cuente con 2 o más recursos de asistente dental y servicios extendidos a más de 8 horas diarias, el personal asistente dental deberá rotar por los consultorios; así como también en los horarios que se preste atención.
- q) Notificar al coordinador odontológico o director del centro de atención sobre los desperfectos del equipo y solicitar el debido servicio de mantenimiento. Todo lo anterior deberá ser registrado en el libro de novedades y/o bitácora.
- r) Ante la ausencia de asistente dental, el resto de asistentes, deberán apoyar al odontólogo que demande su ayuda.
- s) Llenado de datos generales de paciente, fecha, sellos en recetas, referencias, exámenes de laboratorio, incapacidades y toda papelería requerida estará bajo sus funciones.
- t) En el cambio de turno la asistente que continúa en el horario deberá realizar el relevo e incorporarse inmediatamente en la continuidad del turno en la clínica que sea asignada o en la clínica que sea requerida.

- u) Atender otras funciones que le sean asignadas por su jefatura inmediata, que no vayan en detrimento de la atención de los pacientes.

13. Relacionadas a recepcionista

13.1 Serán responsabilidades de Recepcionista:

- a) Cumplir con las funciones establecidas en su cargo. El personal de recepción asignado al servicio de odontología estará bajo la supervisión del coordinador odontológico o jefe del servicio.
- b) La asignación de cita se realizará en base a orden determinado por cada una de las especialidades.
- c) Atender otras funciones, según necesidades institucionales que le sean asignadas por su jefatura inmediata.

14. Relacionadas a auxiliar de servicio

14.1 Serán responsabilidades del auxiliar de servicio.

- a) Realizar funciones de limpieza del consultorio entre turnos de odontólogos.
- b) Realizar la limpieza y lavado de paredes del área de trabajo de acuerdo a programación.
- c) Retirar pedidos de almacén, farmacia, entre otros.
- d) Llevar y retirar correspondencia, ya sea a otros servicios como almacén, administración, recursos humanos, dirección, entre otros.
- e) Atender otras funciones que le sean asignadas por el encargado del área.

15. Relacionadas a la atención odontológica itinerante

- 15.1 La atención odontológica es exclusiva para cotizantes activos adscritos a dicha empresa, e incluidos en el convenio de la clínica empresarial.
- 15.2 Los servicios de odontología realizados en la clínica empresarial con equipos itinerantes son los siguientes: Diagnóstico, detartraje, profilaxis, sellantes de fosas y fisuras, obturaciones (odontología mínimamente invasiva) y extracciones no complicadas. La referencia a especialidades odontológicas e higiene dental de unidades médicas del ISSS para su respectivo tratamiento.
- 15.3 El equipo de odontología itinerante deberá brindar una charla de promoción de la salud bucal durante su estancia en cada empresa.
- 15.4 El equipo itinerante elaborará informe de evaluación de los servicios prestados incluyendo los costos de servicio de odontología itinerante prestado al finalizar la estancia. Dicho informe será enviado a la empresa con firmas de visto bueno de coordinación odontológico y director del centro de adscripción.
- 15.5 El equipo Itinerante (odontólogo y asistente dental) velará porque, previo al inicio de actividades en la empresa, se posea todo el insumo e instrumental a utilizar.
- 15.6 Los requisitos a cumplir por la clínica empresarial son:

- a) Poseer una agenda previa de pacientes citados que garantice la atención de 12 pacientes diarios. El día de movilización de los equipos a empresas se atenderán 10 pacientes al igual que el día de ingreso a la siguiente empresa para montaje de clínica. Firma de carta compromiso de resguardo de equipo por autoridad designada por empresa en la que se enviará original a unidad médica de adscripción.
- b) Apoyo logístico:
- Transporte para movilización de equipo, así como el personal el día del inicio para desmontaje y montaje de equipo.
 - Mensajería.
 - Asignación de personal para coordinación de la agenda de citas.
 - Transporte para visitas de coordinador odontológico para inspección, movilización y monitoreo de personal.
 - Proporcionar regulador de voltaje de respaldo de 500 watts o según capacidad del equipo.
 - Limpieza y desinfección del área de trabajo antes y después de la consulta odontológica.
 - Manejo de desechos bioinfecciosos.
 - Depósito para ropa contaminada.
 - 2 basureros (bolsa roja y negra) para desechos.
 - Área para el resguardo de fichas odontológicas que serán parte del expediente clínico del empleado.
 - Espacio para la instalación del equipo móvil deberá poseer lavamanos y aire acondicionado.
- c) Los días que el equipo esté estacionado en la empresa en el proceso de lavado y esterilizado se realizará por parte de la empresa por lo que deberá contar con un esterilizador (autoclave). La empresa deberá proporcionar los insumos necesarios para su uso adecuado.
- d) En caso de no contar con autoclave se podrán apoyar de la unidad médica de adscripción para la esterilización.
- e) En base al número de cotizantes en la empresa el equipo se dejará de forma estacionaria. El tiempo de estancia del equipo será:
- Entre 100 a 200 empleados la estancia del equipo será de 10 días hábiles.
 - 201-400 empleados 15 días hábiles.
 - 400 o más 30 días hábiles.
- 15.7 El médico empresarial determinará a los pacientes que requieren ser atendidos priorizando pacientes: Embarazadas, diabéticos e hipertensos (controlados) y adultos mayores.
- 15.8 El coordinador odontológico de la unidad médica de adscripción:

- a) Realizará visita previa a fin de verificar en la empresa el espacio asignado para instalación del equipo móvil (verificando instalaciones eléctricas) y que el espacio asignado permita la movilidad del personal (odontólogo y asistente dental).
- b) Realizará rotación de asistente dental itinerante cada tres meses.

15.9 El mecanismo de control de entradas y salidas del equipo itinerante se realizará de la siguiente manera:

- a) Se deberá programar los horarios de atención acorde al horario de clínica empresarial.
- b) Se enrolará a los miembros del equipo itinerante de acuerdo a lo establecido en el sistema biométrico.
- c) El coordinador odontológico de la unidad de adscripción a través de las instancias correspondientes deberá solicitar a las responsables de empresas donde se brindará el servicio, el control del sistema de marcación que tenga cada empresa, y en última instancia el libro de asistencia. La información de control de asistencia la deberá enviar semanalmente a cada dependencia donde corresponden los recursos, firmados y sellados.
- d) La documentación que servirá de respaldo para justificar la ausencia de marcaciones que se presentará en los reportes de empleados. Es importante que dicha información se custodie, para fines de auditoría.
- e) La Sección Remuneraciones, de la Unidad de Recursos Humanos, creó el código 36 que corresponde al "Equipo Itinerante", el cuál es el código de justificación que se utilizará en el Sistema de Marcación Biométrica, para justificar al personal, ya sea que el registro se utilice por otro medio y no por el sistema Institucional.
- f) Para los casos de incapacidades o permisos contemplados en la cláusula 12 del Contrato Colectivo u otras; las dependencias deberán proceder como corresponde mediante la licencia o incapacidad respectiva; motivo por el cual deberán justificar en el Sistema de Marcación, según sea el caso.

15.10 La distribución de la jornada laboral de 8 horas del equipo odontológico será la siguiente:

- 6 horas de atención operativa.
- 40 minutos de almuerzo.
- 60 minutos de lavado y esterilización.
- 20 minutos trabajo administrativo, orden y limpieza de campo de trabajo.

15.11 El odontólogo y asistente dental serán los responsables del activo fijo, así como control de libro de incapacidades, referencias y novedades.

15.12 El proceso de atención se realizará de la siguiente forma:

- a) El director y/o coordinador odontológico del centro de atención de adscripción gestionará con el responsable de la empresa, al menos un mes de anticipación, para que el equipo itinerante inicie sus actividades.
- b) El odontólogo y asistente dental se desplazarán por sus medios a la empresa asignada los días del equipo esté estacionado.

- c) Los pacientes serán registrados en un censo Institucional y serán ingresados en el Sistema Estadístico de Salud (SES) por el encargado de estadística de la unidad médica de adscripción al terminar la rotación empresarial; la cual deberá ser incorporado al Sistema Estadístico de Salud en los primeros cinco días hábiles del mes siguiente.
- d) El asistente dental llevará registro de consumo diario y totalizado por mes que deberá ser entregado al coordinador odontológico al terminar el mes.
- e) El registro clínico, se realizará en la ficha odontológica de uso institucional, la cual será parte del expediente clínico del empleado de la empresa.
- f) La papelería para referencia a la unidad médica está descrita en la norma de referencia, retorno e interconsulta ISSS vigente.
- g) Al finalizar la estancia en la empresa, el equipo itinerante entregará un consolidado de las consultas y gastos del material (El control será de gasto diario) al coordinador odontológico.

16. Relacionadas a toma de radiografía panorámica

- 16.1 Todo paciente que se le indique la toma de Rayos X panorámico serán referidos al servicio de odontología del Hospital Policlínico Zacamil a través de Solicitud-repuesta de examen radiológico código SAFISSS 130100440.
- El horario de atención es de lunes a viernes (8 horas diarias).
 - La atención de pacientes será por orden de llegada. En caso de sobrepasar la capacidad instalada se asignará cita.
- 16.2 Los criterios de referencia para el uso de rayos X panorámico están:
- a) Ampliación y confirmación de diagnóstico de patología de estructuras orofaciales que no ha sido posible diagnosticar con la toma de una radiografía periapical.
 - b) Evaluar las estructuras anatómicas tales como la articulación temporomandibular, los senos maxilares, el tabique nasal y la presencia de asimetrías óseas.
- 16.3 La jefatura del servicio de odontología evaluará la atención el mismo día en caso se tipifique en la referencia como estudio “urgente”. Se definirán como procedimientos urgentes: Trauma dentofacial, desplazamiento de restos radiculares o dientes completos a estructuras adyacentes.
- 16.4 El proceso de referencia Rayos X panorámico.
- a) En el centro de atención prescriptor:
 - Se deberá utilizar la Solicitud-Respuesta de Examen Radiológico código SAFISSS 130100440 en original, y la copia debe quedar en el expediente (marcar si está o no embarazada y detallar si es paciente tiroideo).
 - En el formato de Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica Código SAFISSS 130100014 se colocará la indicación de estudio radiológico panorámico, en caso que paciente no autoriza estudio radiológico no se procederá a realizar la referencia.

- b) En caso de referencia para máxilo facial:
- En el espacio de “recomendaciones especiales” de la Hoja de referencia, retorno e interconsulta, código SAFISSS 130100239 se debe detallar que paciente fue informado y acepto en consentimiento informado para la toma de radiografía panorámica.
 - Solicitud-Respuesta de Examen Radiológico código SAFISSS 130100440.

- 16.5 El asistente dental deberá consultar a paciente si está embarazada. No conocía su estado de gravidez al momento que se le indico el estudio radiológico se le ofrecerá dos opciones:
- Esperar oportunidad de atención el mismo día en odontología general.
 - En caso no acepte esperar en Hospital Policlínico Zacamil, deberá retornar a su centro de referencia para llenado consentimiento informado y Solicitud-Respuesta de Examen Radiológico.

17. Relacionadas a la supervisión, monitoreo y evaluación de la salud bucal

- 17.1 El odontólogo general o especialista ejercerá la supervisión a la asistente dental a su cargo sobre el trato al paciente, cuidado, limpieza y mantenimiento del área de trabajo, procesos y aplicación de medidas de bioseguridad que conlleva el ejercicio de la profesión; de igual manera la ejercerá sobre el personal de higiene dental donde no exista coordinador odontológico.
- 17.2 Se dará seguimiento permanente al cumplimiento de la norma técnica de odontología ISSS vigente, a través del monitoreo de indicadores, revisión de procesos a través del establecimiento de estrategias para el buen funcionamiento de los servicios de odontología por coordinación institucional de odontología, Departamento de Redes Integrales de Salud, así como autoridad administrativa de cada centro de atención.
- 17.3 Será responsabilidad del coordinador odontológico y del director local, realizar el monitoreo a los centros de atención de adscripción, según lo establecido en la lista de chequeo odontológico.
- 17.4 El coordinador odontológico y el director deberán presentar trimestralmente dichos logros, a través de los indicadores diseñados para la coordinación institucional de odontología. De igual manera se podrá evaluar trimestralmente y al final del año.
- 17.5 La coordinación institucional de odontología, evaluará anualmente a cada red de atención y deberá remitir dicha información a Jefatura de Gestión de la Calidad de los Servicios Médicos y Odontológicos, y copia al director del centro de atención.

VIII. Responsabilidades en la normativa

1. Encargado (SES) del centro de adscripción

- a) Registro de pacientes atendidos.

2. Director local

- a) Monitoreo y apoyo al servicio de odontología de su centro de atención.
- a) Divulgación, supervisión y seguimiento al cumplimiento de normativas.
- b) Comunicación efectiva con todo el personal del servicio de odontología.

3. Odontólogo general y especialidades

- a) Interrogatorio al paciente sobre el motivo de su consulta y su estado de salud general,
- b) Diagnóstico,
- c) Llenado de ficha completa.
- d) Realizar el Plan de Tratamiento Integral.
- e) Toma de rayos X panorámicos, donde aplique.

4. Maxilofacial

- a) Revisión de problemas temporo-mandibular (mandíbula, lengua, glándulas salivales, y el sistema nervioso de la cabeza).
- b) Detección signos de cáncer oral en un examen dental preventivo.
- c) Tratamientos de terceras molares, impactadas, piezas retenidas y otras.

5. Odontólogo itinerante

- a) Brinda servicios Odontológicos a empleados(as) de empresas adscritas, según portafolio de servicios.
- b) Brindar atención correctiva a problemas bucales de los empleados o empleadas de empresas.
- c) Brindar atención de manera preventiva para la salud bucal de los empleados de la institución y sus familiares.

6. Coordinador odontológico (Local)

- a) Realizar plan de trabajo odontológico a nivel local.
- b) Supervisa a especialidad odontología de los centros de adscripción (Unidades médicas, clínicas comunales y clínicas empresariales)
- c) Planifica y realizar campañas de educación en salud bucal en centro local y de adscripción

7. Coordinador institucional de odontología.

- a) Realizar plan de Trabajo odontológico a nivel nacional.

- b) Coordinar, supervisar y evaluar el trabajo de las clínicas odontológicas y gestionar la atención oportuna de los requerimientos necesarios para la prestación del servicio odontológico.
- c) Gestiona y elabora normas, manuales de procedimientos técnicos administrativos y operativos para prevenir detectar y manejar de forma oportuna las patologías buco dentales.
- d) Realiza informes sobre actividades institucionales que determinen resultados de las actividades realizadas en las clínicas.

8. Recepcionista

- a) Otorgamiento de citas.
- b) Comunicarse, por medio institucionales a disposición, con los pacientes para confirmar sus próximas citas, responder correos electrónicos y consultar a los pacientes si tienen tratamientos pendientes.

9. Asistente dental

- a) Asistir a los odontólogos durante la consulta.
- b) Higiene del material y la desinfección de las áreas clínicas.
- c) Preparar los materiales, instrumentos y equipos que se requieran,
- d) Controlar el abastecimiento o desabastecimiento de equipos, materiales e insumos.
- e) Toma de rayos X panorámicos.

10. Higienista dental

- a) Realizar tratamientos dentales (aplicación tópica de flúor para prevenir la caries dental y remineralizar el esmalte, sellar fosas y fisuras, pulir empastes, limpiezas bucodentales y los tratamientos iniciales de enfermedades periodontales.).
- b) Educar a los pacientes en el desarrollo de mejores regímenes de higiene bucal.



IX. Registros y formularios utilizados en el proceso

1. Hoja de referencia, retorno e interconsulta, código SAFISS 130100239 (Código anterior SAFISS 130201331).
2. Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos. código SAFISS 130100240 (Código anterior SAFISS 130201105).
3. Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica Código SAFISS 130100014 (Código anterior SAFISS 130201002).
4. Solicitud-repuesta de examen radiológico. Código SAFISS 130100440 (Código anterior SAFISS 130201131).
5. Informe diario de consulta odontología de especialidad. código SAFISS 130100297 (Código anterior 130201119 SAFISS).
6. Informe diario de odontopediatría. Código SAFISS 130100298 (Código anterior SAFISS 130201678)
7. Informe diario de consulta odontología general. código SAFISS 130100299 (Código anterior SAFISS 130201117).
8. Informe diario de odontología preventiva. código SAFISS 130100301 (Código anterior SAFISS 130100297).
9. Ficha endodoncia. Código SAFISS 130100160 (Código anterior SAFISS 130201295).
10. Ficha de odontología preventiva infantil, código SAFISS 130100162 (Código anterior SAFISS 130201462).
11. Ficha diagnóstico y plan de tratamiento periodontal. Código SAFISS 130100163 (Código anterior SAFISS 130201268).
12. Ficha odontología pediátrica. código SAFISS 130100166 (Código anterior SAFISS 130201432).
13. Ficha odontológica general. Código SAFISS 130100167 (Código anterior SAFISS 130201088).
14. Ficha para higiene dental, código SAFISS 130100171 (Código anterior SAFISS 130201248).

X. Personal que participó en el desarrollo del documento

Equipo normativo

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Lic. Renata M. Vásquez de Vásquez	Jefa de Departamento	Dpto. Gestión de Calidad Institucional
Dra. Silvia G. Mendoza de Ayala	Jefa de Sección	Sección normalización
Ing. Luis Asdrúbal Ovando M.	Analista de desarrollo Institucional	Sección normalización

Equipo técnico coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dra. Ana G. Contreras de Miranda	Coordinadora institucional de odontología.	Hospital Policlínico Zacamil.
Dra. Erika Bonnie Pérez Nochez	Colaborador técnico II	Depto. Monitoreo de Redes Integrales de Salud.

Equipo que actualizó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Edgardo Ernesto Rodríguez.	Cirujano dental	Hospital Regional Sonsonate
Dr. Julio Salvador Urrutia.	Cirujano máxilo facial	Hospital Regional Sonsonate
Ana Mercedes Vanegas.	Asistente dental.	Hospital Regional Sonsonate
Ana Elizabeth Chapetón.	Asistente dental.	Hospital Regional Sonsonate
Dr. Olvin Raúl Alvarado.	Odontólogo itinerante	Hospital Regional Sonsonate
Dr. Edwin Manuel Hernández.	Odontólogo itinerante	Hospital Regional Sonsonate
Dr. Mario Reynaldo Ochoa.	Odontólogo itinerante	Hospital Regional Sonsonate
Dra. Marta Marroquín de Ordóñez.	Periodoncista	Hospital Regional Sonsonate
Dra. Francella Leonor Cornejo.	Odontopediatra	Hospital Regional Sonsonate
Dr. Geovanni Ramírez.	Odontopediatra	Unidad Médica Sta. Ana / C.C. San Rafael
Dra. Deysi González.	Odontólogo general	Unidad Médica Santa Ana
Dr. Carlos Guillermo González R.	Coordinador Odontológico	Unidad Médica Santa Ana
Dra. Miriam E. Rivas de Quintanilla.	Odontóloga General	Unidad Médica Santa Ana
Dr. Jaime Castillo.	Endodoncista	Unidad Médica Santa Ana
Karla Moreno.	Asistente dental.	Unidad Médica Santa Ana
Claudia Arelly Linares.	Asistente dental.	Unidad Médica Santa Ana
Ana Estela Posadas Orellana.	Asistente dental.	Unidad Médica Santa Ana
Elba Zulema Brizuela.	Asistente dental.	Unidad Médica Santa Ana
Dra. Rossana M. Vides de González.	Coordinador odontológico.	Unidad Médica Santa Tecla
Dra. Silvia J. Moisa de Posada.	Odontóloga general	Unidad Médica Santa Tecla
Dra. Nora Beatriz Penado Aguilar.	Odontóloga general	Unidad Médica Santa Tecla
Dr. Luis Edgardo Lemus Durán.	Odontóloga general	Unidad Médica Santa Tecla
Dr. Rafael Gilberto Pérez Rosales.	Odontóloga general	Unidad Médica Santa Tecla
Dra. Tílma Elizabeth Bran Vargas.	Odontóloga general	Unidad Médica Santa Tecla
Dra. Hilda Beatriz Peña Canjura.	Odontóloga general	Unidad Médica Santa Tecla

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. Sergio E. Fernández Rubio.	Coordinador odontológico.	Unidad Médica Ilopango.
Dra. Sofía Irene Mejía Hernández.	Coordinador odontológico.	Unidad Médica Quezaltepeque
Dr. José Rafael Ramírez Amaya.	Coordinador odontológico	Hospital Regional San Miguel.
Dra. Gladys Z. Bichara de Morales.	Coordinador odontológica.	Unidad Médica 15 de septiembre.

Equipo que revisó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dra. Ana G. Contreras de Miranda	Coordinadora institucional de odontología.	Unidad Gestión de la Calidad de Servi. Médicos y Odontológicos
Dr. Raúl Antonio Marroquín	Coordinador odontología	Hospital Policlínico Zacamil.
Dra. Gladys Z. Bichara de Morales	Coordinadora odontológica.	Unidad Médica 15 de septiembre.
Dra. Erika Bonnie Pérez Nochez	Colaborador técnico II.	Depto. Monitoreo de Redes Integrales de Salud.
Dr. Sergio E. Fernández Rubio	Coordinador odontológico.	Unidad Médica Ilopango.

Equipo que validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
Dr. José Rafael Ramírez Amaya	Coordinador odontológico	Hospital Regional San Miguel.
Dra. Vilma Munguía de Alvarenga	Odontóloga General	Hospital Policlínico Zacamil
Dra. Sandra C. Rojas de Rivera	Odontóloga General	Hospital Policlínico Zacamil
Dr. Rigoberto Antonio Mendoza	Odontólogo Itinerante	Unidad Médica 15 de septiembre
Dra. Claudia O. Aguilar de Aguilar	Odontólogo Itinerante	Unidad Médica 15 de septiembre
Dra. Bessie Martínez de Barahona	Periodoncia	Unidad Médica Ilopango
Dr. Milton Baudilio Bersiano	Odontólogo Itinerante	Unidad Médica Ilopango
Rosa Miriam Sánchez de Moz	Higienista dental	Unidad Médica 15 de septiembre
María Elena de Durán	Higienista dental	Unidad Médica 15 de Septiembre
Marta Gloria Linares	Asistente dental	Unidad Médica 15 de Septiembre
Dra. Nadia Steffanny Gómez de Rivera	Odontopediatra	Clínica Comunal Sitio del Niño.
Dra. Verónica L. Morales de Canessa.	Odontóloga General	Unidad Médica 15 San Jacinto
Dra. Karla A. Hernández de Campos.	Odontólogo General	Clínica Comunal Ayutuxtepeque.
Dra. Elisa Beatriz Polanco de Nasser	Odontopediatra	Clínica Comunal Ciudad Delgado.
Dra. Norma Dolores Marroquín	Coordinadora odontológica	Unidad Médica Apopa.
Dr. Zenón Edgardo Ayala Arévalo	Odontóloga General	Unidad Médica Usulután
Dra. Sofía Irene Mejía Hernández	Periodoncista	Unidad Médica Quezaltepeque.
Nataly Gómez Gómez	Higienista dental	Clínica Comunal San Antonio Abad.
Dra. Ana G. Contreras de Miranda	Coordinadora Institucional de Odontología.	Unidad Gestión de la Calidad de Servicios Médicos y Odontológicos
Dra. Erika Bonnie Pérez Nochez	Colaborador Técnico de salud II	Depto. Monitoreo de Redes Integrales de Salud.



XI. Registro de actualización del documento

	Norma técnica de salud odontología en el ISSS		NTS-003
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0	Agosto 2020	Norma del componente salud bucal. - agosto 2020.	Dra. Mónica G. Ayala
1	Septiembre 2023	Norma técnica de salud odontología del ISSS. - septiembre 2023	Dra. Mónica G. Ayala



XII. Anexos

Anexo I. Hoja de referencia, retorno e interconsulta. C. SAFISS 130100239

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO										
REFERENCIA <input type="checkbox"/>					RETORNO <input type="checkbox"/>					
DUI <input type="checkbox"/>		TARJETA DE AFILIACIÓN <input type="checkbox"/>		CARNÉ DE MINORIDAD <input type="checkbox"/>		Nº Documento _____				
INFORMACIÓN GENERAL										
APELLIDOS					NOMBRES					
EDAD(AÑOS)		SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		TELEFONOS:		TRABAJO:		CASA:		
CENTRO QUE REFIERE:						FECHA:		HORA:		
AREA EXCLUSIVA DEL PERSONAL MÉDICO										
CENTRO HACIA DONDE SE:		REFIERE <input type="checkbox"/>		RETORNA <input type="checkbox"/>		_____				
EMERGENCIA <input type="checkbox"/>		MEDICINA GENERAL <input type="checkbox"/>		ESPECIALIDAD <input type="checkbox"/>		ESPECIFICAR: _____				
MOTIVO DE:		REFERENCIA <input type="checkbox"/>		RETORNO <input type="checkbox"/>		_____				
INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE										
SIGNOS VITALES										
TA	MMHG	FC	FR	T	°C	PESO	KG	TALLA	M	
DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, ANTECEDENTES Y EXAMEN FÍSICO (O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MAYOR REALIZADA):										

EXÁMENES DE LABORATORIO/ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:										

DIAGNÓSTICO (SEGÚN CIE-10)										

PLAN DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE										
MEDICAMENTO (FORMA FARMACÉUTICA Y CONCENTRACIÓN)				DOSIS			DURACIÓN DEL TRATAMIENTO			
ALTA DE LA ESPECIALIDAD (SEGUIMIENTO EN OTRO CENTRO): <input type="checkbox"/>				REQUIERE EVALUACIÓN: NO <input type="checkbox"/>			1 AÑO <input type="checkbox"/>		2 AÑOS <input type="checkbox"/>	
EXÁMENES O ESTUDIOS A ACTUALIZAR EN LA SIGUIENTE EVALUACIÓN: _____										
RECOMENDACIONES ESPECIALES: _____										

FIRMA DEL MEDICO QUE REFIERE O RETORNA				SELLO			Vo.Bo. DIRECTOR O DESIGNADO O COORDINADOR DE EMERGENCIA			

C. SAFISS 130100239



Anexo 2. Solicitud de interconsulta, evaluación preoperatoria, referencia a odontología general y procedimientos. Código SAFISSS 130100240.

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD SOLICITUD DE INTERCONSULTA, EVALUACIÓN PREOPERATORIA, REFERENCIA A ODONTOLOGÍA GENERAL Y PROCEDIMIENTOS	SELLO CENTRO DE ATENCIÓN Ó SERVICIO SOLICITANTE
<input type="checkbox"/> Interconsulta	<input type="checkbox"/> Evaluación Preoperatoria	<input type="checkbox"/> Referencia a Odontología General
<input type="checkbox"/> Procedimientos diagnósticos ó terapéuticos: _____ (Especifique)		
<input type="checkbox"/> Otros: _____ (Especifique)		
_____ (Apellidos y Nombres del Paciente)		_____ (N°Afilación)
_____ Dependencia a la que se le solicita la prestación		_____ Fecha
Diagnóstico: _____		
Información relevante: _____ _____ _____ _____		
C SAFISSS 130100240.		
_____ Firma y sello Médico solicitante		_____ VoBo Director Centro de Atención ó Designado (cuando la realización de un procedimiento lo requiera)

INTERCONSULTA: Procedimiento mediante el cual el médico tratante solicita del criterio y expertisias de otro profesional de la salud para el manejo de un caso individual, siendo necesario que el profesional que atiende la interconsulta conozca el expediente y la historia clínica del paciente, así como que realice la exploración física que corresponda según el caso.



Anexo 3. Consentimiento informado para ingreso, procedimiento, estudios radiológicos e intervención quirúrgica. Código SAFISSS 130100014.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INGRESO, PROCEDIMIENTO, ESTUDIOS RADIOLÓGICOS O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA			
INGRESO <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/>	INTERVENCIÓN QUIRURGICA <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS RADIOLÓGICOS <input type="checkbox"/>
CENTRO DE ATENCIÓN:	FECHA:	HORA:	am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/>
NOMBRE DEL PACIENTE:		N° AFILIACION/DUI/CARNÉ DE MINORIDAD:	
NOMBRE DEL FAMILIAR RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL (SOLO SI EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO PARA AUTORIZAR; DENEGAR O SER MENOR DE EDAD).			Parentesco del menor Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/>
DATOS DE RESPONSABLE O REPRESENTANTE LEGAL			
DOMICILIO:	EDAD:	PROFESIÓN:	TELEFONO:
DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD (DUI).		DOCUMENTO QUE ACREDITA AL APODERADO LEGAL.	
<p>1) Yo: _____, voluntariamente y con pleno conocimiento, por medio de la presente declaro que me han informado y explicado el Diagnostico; Estado de salud, estudio radiológico y/o tratamiento de mi (la) salud (de mi representado) y que se resumen así: DETALLE EL NOMBRE DEL ESTUDIO A REALIZAR _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
<p>2) Reconozco que los médicos y/o odontólogos me han explicado VERBAL y/o POR ESCRITO los riesgos comunes e inherentes, además de otras complicaciones que pueden presentarse durante y después del ingreso, procedimiento, estudio radiológico o intervención quirúrgica. Así mismo que en anestesia, transfusiones y en la administración de algunos medicamentos, medios de contraste o tratamientos, existen riesgos de reacciones adversas y complicaciones, tales como infecciones nosocomiales; parálisis; daño cerebral, e incluso la muerte; así como se me explicó que el ingreso, procedimiento o intervención quirúrgica si lo hubiere se aplicaría en beneficio de mi (la) salud (de mi representado). La información proporcionada ha tomado en cuenta los Art. 9, 15, 16, 18 y 27 del DECRETO N° 37 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de la salud, dejando constancia de lo siguiente (riesgos relevantes; riesgos posibles; naturaleza curativa o no curativa de la intervención):</p> <p>Riesgos por estudios radiológicos y uso de medios de contraste: Radiaciones ionizantes <input type="checkbox"/> Potencial Daño Renal <input type="checkbox"/> Reacciones adversas <input type="checkbox"/> Complicaciones <input type="checkbox"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
C. SAFISSS 130100014			



CONSENTIMIENTO

DENEGATORIA

3) CONSENTIMIENTO: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades OTORGO: mi expresa autorización, para que se me realice _____, que según mi condición clínica y los conocimientos científicos de los médicos, odontólogos y otros profesionales de salud del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, los cuales constan en el presente documento, son necesarios para el restablecimiento de mi salud, por lo que acepto desde ahora dichos riesgos por haberlos entendido plenamente. Al mismo tiempo (Si ___ No ___) autorizo al Instituto para que en caso de fallecimiento me (le) practiquen la autopsia correspondiente para la búsqueda de diagnóstico principal con seguridad razonable o contribuir a la explicación de las complicaciones surgidas.

4) DENEGATORIA: Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para que se me realice _____, Y (SOLICITO ___ NO SOLICITO ___) EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de realizar lo descrito anteriormente, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud del hospital, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

5) ALTA EXIGIDA Por medio de la presente, en pleno uso de mis facultades NIEGO EXPRESAMENTE MI CONSENTIMIENTO, para SER INGRESADO O PERMANECER INGRESADO Y SOLICITO EL ALTA aun cuando el personal médico me ha explicado la necesidad de permanecer ingresado, por lo que reconozco con pleno conocimiento de que los médicos y otros profesionales de salud, así como del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, NO SON RESPONSABLES directa ni indirectamente de los riesgos y consecuencias subsecuentes de la enfermedad, que asumo por esta decisión y por este medio exonero de cualquier responsabilidad por mi (la) negativa.

6) Hago constar que están presentes otras personas como testigos de mi voluntad, quienes también escucharon lo expresado por mi persona y según los artículos TRES Y SESENTA Y CINCO DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA, Y VEINTIDOS DEL REGLAMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL. Así me expresé, y leído que se hubo todo lo escrito integralmente en un solo acto, manifesté mi conformidad y dije estar redactado a mi voluntad, ratifico su contenido y todos firmamos.

Nombre según DUI de quien consiente deniega

Firma y huellas.

Nombre de testigo _____ Edad: ____ Años. Profesión: _____
 Domicilio: _____ N° DUI _____ Firma Testigo _____

Nombre, Firma y Sello del Médico _____

En _____ a las _____ horas del día _____
 del mes de _____ de _____.

C. SAFISSS 130100014



Anexo 4. Solicitud–repuesta de examen radiológico C. SAFISS 130100440

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL													
	SUBDIRECCIÓN DE SALUD													
	SOLICITUD-RESPUESTA DE EXAMEN RADIOLÓGICO													
		Enfermedad Común	Accidente Común	Enfermedad Profesional	Accidente de trabajo	Maternidad								
Cotizantes	Pensionados	Cónyuges o Compañ. de vida	Hijos	Padres de Empleados	Cesantes	Trabajador Doméstico								
_____ Sello de Clínica o Servicio														
Nombre														
Expediente N°			Sexo		Edad	¿Está Embarazada?								
			M F		Años	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								
Estudio														
Investigar														
Datos y Diagnóstico Clínico														
Médico		Firma		Fecha		Técnico								
Diagnóstico Radiológico														
Tamaño Película		14X17		14X14		11X14		10X12		9.5X9.5		8X10		6.5X8.5
NOTA: ESTIMADA PACIENTE, NO MANCHE NI MALTRATE ESTA BOLETA, SERVIRÁ PARA LA CONTESTACIÓN DE SU EXAMEN.														
_____ Nombre, Firma y Sello de Médico Radiólogo														
ADVERTENCIA: Estimada paciente, si usted está entre los 15 y 49 años de edad y cree estar embarazada, es recomendable no tomarse la radiografía y notifíquelo inmediatamente al Médico Radiólogo.												C.SAFISS 130100440		



Anexo 8. Informe diario de odontología preventiva. código SAFISS 130100301

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL INFORME DIARIO DE ODONTOLOGÍA PREVENTIVA																						
T U R N O	DURACIÓN				CÓDIGO CENTRO DE COSTOS	CÓDIGO DE ESPECIALIDAD	CENTRO DE ATENCIÓN															
	DE	A	HRS																			
	CLASE	FECHA																				
O	E																					
C O R R E L A T I V O	E D A D	SEXO		TIPO DE ASEGURADO	RÉGIMEN GENERAL				CUADRANTE INTERVENIDO	DIAGNÓSTICO	PROFILAXIS	DETARTRAJE	APLICACIÓN DE FLÚOR	SELLADO DE FOSAS Y FISURAS	TRATAMIENTO INICIADO	TRATAMIENTO CONTINUADO	TRATAMIENTO TERMINADO	CHARLAS	REFERENCIA	MOTIVACIÓN INDIVIDUAL	CONTROL DE PLACA	
		M	F		RIESGOS																	
					COMUNES		MATERNIDAD															
					P	S	P	S														
1																						
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						
16																						
17																						
18																						
19																						
20																						
21																						
22																						
23																						
24																						
25																						
TOTALES																						
TIPO DE ASEGURADO					INDICACIONES																	
T O T A L E S	1	COTIZANTES																				1. Para identificar si es cotizante, pensionados, cónyuges o compañeros de vida, hijos, padres de empleados del ISSS, no asegurado, cesantes, sector doméstico, adolescentes; anotar los números correspondientes (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8,9) en la columna tipo de asegurado.
	2	PENSIONADOS																				
	3	CÓNYUGES O COMPAÑEROS DE VIDA																				
	4	HIJOS																				2. Para obtener los totales, sumar en cada columna los números iguales.
	5	PADRES DE EMPLEADOS ISSS																				
	6	NO ASEGURADOS																				
	7	CESANTES																				
	8	SECTOR DOMÉSTICO																				
	9	ADOLESCENTES																				
NOMBRE, FIRMA Y SELLOS DE HIGIENISTA DENTAL																						



Anexo 9. Ficha endodoncia. Código SAFISS 130100160

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL FICHA DE ENDODONCIA		Sello Clínica	Firma y Sello Endodoncista		
Nombre del Paciente:		Número de Afiliación:	Sexo M F		
Fecha:	Centro de Atención que refiere:				
Odontólogo que refiere:		Odontólogo tratante:			
MOTIVO DE CONSULTA:					
HISTORIA MEDICA: SNC () SCV () SME () SR () SGU () SGI () SH () SI () SE ()					
OBSERVACIONES:					
HISTORIA ODONTOLOGICA:					
EVALUACION DE LA PIEZA:					
TIPO DE DOLOR		PRUEBAS DE SENSIBILIDAD		DIAGNOSTICO	
Pasado	Presente	Calor	Elec.	Frío	
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/>	Diente Involucrado + - + - + -			Pulpa Normal <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor Moderado	<input type="checkbox"/>	Diente Control + - + - + -			Pulpitis Reversible <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor Espontáneo	<input type="checkbox"/>	Otras Pruebas _____			Pulpitis Irreversible <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor Constante	<input type="checkbox"/>	EXAMEN RADIOGRAFICO			Necrosis <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor al Calor	<input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>			Hiperplasia Pulpar <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor al Frío	<input type="checkbox"/>	Engrosamiento Periodontal <input type="checkbox"/>			Periodontitis Periapical <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dolor a la Presión	<input type="checkbox"/>	Rarefacción Periapical <input type="checkbox"/>			Osteitis Condensante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inflamación	<input type="checkbox"/>	Rarefacción Lateral <input type="checkbox"/>			Abceso Dentoalveolar <input type="checkbox"/>
EXAMEN CLINICO		Osteitis Condensante <input type="checkbox"/>			RECOMENDACIONES
Caries <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reabsorción Externa <input type="checkbox"/>			Incrustación <input type="checkbox"/>
Restauración <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reabsorción Interna <input type="checkbox"/>			Corona Completa <input type="checkbox"/>
Decoloración <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calcificación Pulpar <input type="checkbox"/>			Núcleo Intracanal <input type="checkbox"/>
Fractura <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura Radicular <input type="checkbox"/>			Amalgama <input type="checkbox"/>
Movilidad <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reabsorción Hueso Alveolar <input type="checkbox"/>			Composita <input type="checkbox"/>
Periodontitis <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rarefacción de Furcación <input type="checkbox"/>			Trat. Periodontal <input type="checkbox"/>
Higiene Oral Deficiente <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TCR Incompleto <input type="checkbox"/>			Ajuste Oclusal <input type="checkbox"/>
Dolor a la Percusión Vertical <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apice Abierto <input type="checkbox"/>			OBSERVACIONES: _____
Dolor a la Percusión Horizontal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ETIOLOGIA			_____
TCR Iniciado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caries <input type="checkbox"/>			_____
EXAMEN TEJIDOS BLANDOS		Restauración <input type="checkbox"/>			PRONOSTICO: _____
Fístula <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma <input type="checkbox"/>			_____
Edema Intraoral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Irrit. Química <input type="checkbox"/>			_____
Edema Extraoral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodontitis <input type="checkbox"/>			_____
Blando <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura Corona <input type="checkbox"/>			PLAN DE TRATAMIENTO: _____
Fluctuante <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fractura Raiz <input type="checkbox"/>			_____
Duro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Expos. Pulpar <input type="checkbox"/>			_____
Sensible a la Presión <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TCR Incompleto <input type="checkbox"/>			_____

C. SAFISS 130100160



Sección normalización

PIEZA DENTARIA: _____ AISLAMIENTO: _____ GRAPA N°: _____

Conductos Radiculares	Vitalidad Si No	Punto de Referencia	Conductometría		Método de Conductometría	Téc. de PBM	Instrum. Final	Sellado Final	
			M. Prov.	M. Trab.				Material	Método

PRESCRIPCIONES E INCAPACIDADES: _____

FECHA	N° PIEZA	TRATAMIENTO REALIZADO	FIRMA Y SELLO

FECHA	CIRUGIA ENDODONTICA	REPORTE DE BIOPSIA	MEDICACION

INDICACIONES POST-OPERATORIO Y OBSERVACIONES: _____

FECHA DE CONTROLES POST-OPERATORIO Y OBSERVACIONES: _____



Anexo 10. Ficha odontológica preventiva ingfantil Código SAFISSS 130100162

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL SUBDIRECCIÓN DE SALUD FICHA DE ODONTOLÓGÍA PREVENTIVA INFANTIL	Sello Clínica	Firma y Sello Higienista Dental	Corr. <input type="checkbox"/> Primera vez <input type="checkbox"/> Subsecuente Número de Afiliación																																																																																														
	Nombre del Paciente: _____ Nombre de responsable: _____ Motivo de la consulta: _____			Sexo: M F Edad: _____ Temperatura: _____																																																																																														
HISTORIA MEDICA: SNC () SCV () SME () SR () SGU () SGI () SH () SI () SE ()																																																																																																		
ANTECEDENTES FAMILIARES: _____																																																																																																		
ESTADO HIGIENE ORAL <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo		ESTADO DE SALUD PERIODONTAL <input type="checkbox"/> Gingivitis <input type="checkbox"/> Periodontitis <input type="checkbox"/> Otros:																																																																																																
MALOS HÁBITOS: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Respirador bucal <input type="checkbox"/> Onicofagia <input type="checkbox"/> Succión dígita <input type="checkbox"/> Succión labial <input type="checkbox"/> Uso de biberón <input type="checkbox"/> Uso de chupete <input type="checkbox"/> Bruxismo <input type="checkbox"/> Alimentación nocturna <input type="checkbox"/> Otros:																																																																																																		
HÁBITOS ALIMENTICIOS: <input type="checkbox"/> LM <input type="checkbox"/> Fórmula <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Jugos y gaseosas <input type="checkbox"/> Dulces <input type="checkbox"/> Frutas <input type="checkbox"/> Verduras <input type="checkbox"/> Proteínas <input type="checkbox"/> Harinas y lacteos <input type="checkbox"/> Grasas																																																																																																		
CONTROL DE PLACA: Fórmula: $\frac{\text{Número de superficies pigmentadas}}{\text{Total de superficies}} \times 100$																																																																																																		
FECHA		PORCENTAJE																																																																																																
FECHA		PORCENTAJE																																																																																																
FECHA		PORCENTAJE																																																																																																
INDICACIONES SOBRE DIETA Y CEPILLADO: _____																																																																																																		
ODONTOGRAMA DIAGNÓSTICO																																																																																																		
<table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>				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																											48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	<table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>c</td><td>e</td><td>o</td><td>ceo</td><td>C</td><td>P</td><td>O</td><td>CPO</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	c	e	o	ceo	C	P	O	CPO								
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																																																																									
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																									
c	e	o	ceo	C	P	O	CPO																																																																																											
PLAN DE TRATAMIENTO																																																																																																		
RIESGO DE CARIES <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> BAJO																																																																																																		

C. SAFISSS 130100162



Sección normalización


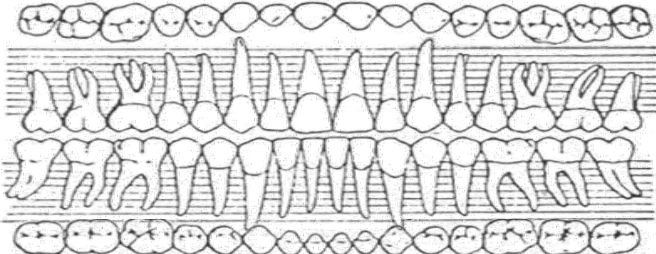
ODONTOGRAMA DE TRATAMIENTO REALIZADO

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
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

AÑO	FECHA DE CONTROL	TRATAMIENTO REALIZADO	RESPONSABLE



Anexo 11. Ficha periodoncia. Código SAFISSS 130100163

		INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL			Sello Clínica:		Firma y sello de Odontólogo:		
FICHA DE PERIODONCIA									
Nombre del Paciente:				Número de Afiliación:		Sexo	Edad	Fecha:	
						M	F		
Centro de Atención que refiere:			Referido por:			Nombre de Asistente:			
									
MOTIVO DE CONSULTA: _____									
EXAMEN CLÍNICO ORAL: _____									
HISTORIA MÉDICA:									
SNC () SCV () SME () SR () SGU () SGI () SH () SI () SE ()									
HÁBITOS									
MOTIVO DE PERDIDA DE SUS DIENTES: _____ EVIDENCIA DE BRUXISMO: _____ USO DE HILO DENTAL: _____									
OBSERVACIONES:									
DATOS RADIOLOGICOS: Tipo de reabsorción osea _____									
Lámina dura: _____			Márgenes desbordantes: _____			Caries : _____			
Piezas retenidas: _____			Radiolucencias anormales: _____			Calculo: _____			
DIAGNÓSTICO: _____									
PRONÓSTICO: _____									
PLAN DE TRATAMIENTO: Fase sistémica: _____									
Fase Higiénica: _____									
Fase Correctiva: _____									
Fase mantenimiento: _____									



Anexo 12. Ficha odontología pediátrica. código SAFISS 130100166

	INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL FICHA ODONTOLÓGICA PEDIÁTRICA	Sello Clínica	Firma y sello Odontopediatra																																																																																														
Nombre del Paciente:		Número de Afiliación:	Sexo M F																																																																																														
Fecha de nacimiento:	Vacunación completa: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Responsable:																																																																																															
Motivo de consulta:	Referido por:	Fecha: <input type="checkbox"/> 1° vez <input type="checkbox"/> Subsecuente																																																																																															
EXAMEN INTEGRAL																																																																																																	
1. ANAMNESIS: Antecedentes familiares de enfermedades sistémicas <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____																																																																																																	
2. ANTECEDENTES DURANTE LA GESTACIÓN Y/O DURANTE EL PARTO Problemas de salud durante la gestación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____ Medicación: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____ Parto: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Prematuro Edad gestacional: _____ Bajo peso al nacer: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____ Presentó fiebre durante el primer año de vida enfermedad respiratoria y/o enfermedades respiratorias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si																																																																																																	
3. ANTECEDENTE MÉDICO DEL PACIENTE: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____ Medicación y/o suplemento vitamínico: _____ Alergia a medicamentos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar: _____ Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Especificar fecha y diagnóstico: _____																																																																																																	
4. ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS Examen extraoral: <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Cicatrices <input type="checkbox"/> Infoadempatias <input type="checkbox"/> Asimetrías <input type="checkbox"/> Otros: _____ Malos hábitos: <input type="checkbox"/> Respirador bucal <input type="checkbox"/> Onicofagia <input type="checkbox"/> Succión digital <input type="checkbox"/> Succión labial <input type="checkbox"/> Uso de biberón <input type="checkbox"/> Uso de chupete <input type="checkbox"/> Bruxismo <input type="checkbox"/> Alimentación nocturna <input type="checkbox"/> Otros: _____ Examen intraoral: a) Mucosa: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ulceras aftosas <input type="checkbox"/> Herpética <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Candidiasis <input type="checkbox"/> Gengivitis <input type="checkbox"/> Absceso <input type="checkbox"/> Otras Especificar: _____ b) Lengua <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Saburral <input type="checkbox"/> Otros Especificar: _____ c) Tipos de dentición <input type="checkbox"/> Decidua <input type="checkbox"/> Mixta/permanente d) Oclusión d.1) RMD _____ d.2) RMI _____ d.3) RCD _____ d.4) RCI _____ d.5) Observaciones _____ e) Defectos de desarrollo de esmalte: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Fluorosis dental <input type="checkbox"/> Hipoplasia <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia <input type="checkbox"/> Amelogénesis imperfecta <input type="checkbox"/> Hipomineralizaciones																																																																																																	
5. ODONTOGRAMA DE DIAGNÓSTICO SEGÚN ICDAS																																																																																																	
<table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>		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																											48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	<table border="1" style="width:100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>c</td><td>e</td><td>o</td><td>ceo</td><td>C</td><td>P</td><td>O</td><td>CPO</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>		c	e	o	ceo	C	P	O	CPO								
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																																																																								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																								
c	e	o	ceo	C	P	O	CPO																																																																																										
6. HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL Fase edéntula: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Gasa <input type="checkbox"/> Dedo silicón <input type="checkbox"/> Otros _____ Fase dentaria: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Gasa <input type="checkbox"/> Cepillo <input type="checkbox"/> Pasta <input type="checkbox"/> Hilo dental <input type="checkbox"/> Enjuague <input type="checkbox"/> Otros _____ Frecuencia de depillado: _____ Lo realiza <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con ayuda																																																																																																	
7. RIESGO DE CARIES: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo																																																																																																	
8. CLASIFICACIÓN DE COMPORTAMIENTO SEGÚN ESCALA DE FRANKEL: <input type="checkbox"/> F1 <input type="checkbox"/> F2 <input type="checkbox"/> F3 <input type="checkbox"/> F4																																																																																																	
9. PLAN DE TRATAMIENTO: _____																																																																																																	
10. AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR TÉCNICAS DE MANEJO CONDUCTUAL																																																																																																	
_____ Nombre y firma del tutor			C. SAFISS 130100166																																																																																														



Anexo 13. Ficha odontología general. Código SAFISS 130100167


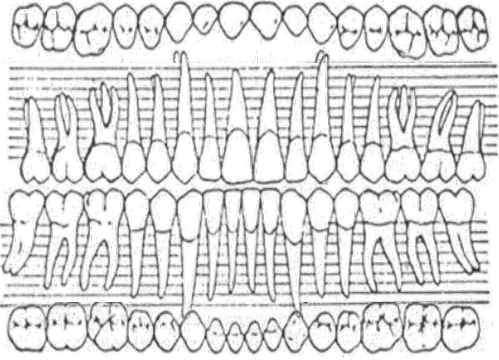
 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL FICHA DE ODONTOLOGIA GENERAL	Sello Clínica	Firma y Sello Odontólogo	Fecha	
	Nombre Completo:		Número de Afiliación:	Sexo M F
EXAMEN ESQUEMA				
MOTIVO DE LA CONSULTA:				
HISTORIA MEDICO ODONTOLOGICA:				
EXAMEN EXTRA ORAL			EXAMENES COMPLEMENTARIOS:	
Cicatrices	Tumefacciones	Linfoadenopatías		
Edemas	Asimetrías	ATM		
Otros				
HISTORIA MÉDICA Sistema Cardiovascular <input type="checkbox"/> S. Genito-Urinario <input type="checkbox"/> S. Hematopoyético <input type="checkbox"/> S. Musculoesquelético <input type="checkbox"/> Gastro-Intestinal <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> S. Endocrino <input type="checkbox"/> S. Nervioso <input type="checkbox"/> S. Respiratorio <input type="checkbox"/> S. Inmunológico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
EXAMEN CLÍNICO ORAL:				
Lengua		Carrillos	Malposición Dental	
Frenillos		Amígdalas Palatinas	Encías	
EXAMEN RADIOGRÁFICO:				
ESTADO DE HIGIENE ORAL: <input type="checkbox"/> BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MALO				
DIAGNÓSTICO:				
PLAN DE TRATAMIENTO:				
OBSERVACIONES:				
C. SAFISS 130100167				



TRATAMIENTO EJECUTADO																													
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28														
Derecha												Izquierda																	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38														
FECHA	PIEZAS INTER- VENDAS	DIAGNÓSTICO	CÓDIGO CE	RAYOS X	REFERENCIA																			N° OBTURACIONES N° OBTURACION TEMPORARIA	MATERIALES	EMERGENCIA	TX TERMINADOS	N° PRESCRIPCIONES TOTAL DÍAS INCAPACIDAD RETIRO DE PUNTOS	FIRMA Y SELLO DE ODONTÓLOGO
	CLAVE				OD. ESPECIAL.	HIGIENISTA	CONSULTA MÉDICA	LABORATORIO	PROCEDIMIENTOS										CAVIDADES										




Anexo 14. Ficha para higiene dental, código SAFISS 130100171

 INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL FICHA DE HIGIENE DENTAL		Sello Clínica:		Firma y sello de higienista:	
		Nombre del Paciente:		Número de Afiliación:	Sexo M F
Centro de Atención que Refiere:		Odontologo que refiere		Nombre de Higienista:	
					
MOTIVO DE CONSULTA: _____					
EXAMEN CLINICO ORAL: _____					
HISTORIA MEDICA:					
SNC () SCV () SME () SR () SGU () SGI () SH () SI () SE ()					
ESTADO DE SALUD PERIODONTAL					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gingivitis	<input type="checkbox"/> Periodontitis	<input type="checkbox"/> Agrandamiento	<input type="checkbox"/> Presencia de calculo y placa bacteriana	<input type="checkbox"/> Frenillos altos
ESTADO DE HIGIENE ORAL					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo		
INDICE INICIAL DE PLACA BACTERIANA					
TRATAMIENTO REALIZADO					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Control de biofilm	<input type="checkbox"/> Profilaxis	<input type="checkbox"/> Detartraje	<input type="checkbox"/> Referencia a Periodoncia	
PLAN DE TRATAMIENTO: _____					
OBSERVACIONES					

C. SAFISS 130100171



XIII. Registro de Adendas

	Norma técnica de salud odontología en el ISSS		NTS-003
Adenda			
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			