

Id	Pregunta	Paquete de Pregunta	Tipo Respuesta	Código Video LSC
1	Pasar el documento al doctor.	<i>informacion_personal</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta1
2	Nombre y apellido completo	<i>informacion_personal</i>	<i>texto</i>	Codpregunta2
3	Número de documento de identidad	<i>informacion_personal</i>	<i>texto</i>	Codpregunta3
4	Tipo de sangre	<i>informacion_personal</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta4
5	Edad	<i>informacion_personal</i>	<i>texto</i>	Codpregunta5
6	Ciudad de nacimiento.	<i>informacion_personal</i>	<i>texto</i>	Codpregunta6
7	Tiene EPS?	<i>informacion_personal</i>	<i>sino</i>	Codpregunta7
8	Si responde que sí, cuál EPS	<i>informacion_personal</i>	<i>texto</i>	Codpregunta8
9	¿Cuál es la razón de tu consulta?	<i>razon_consulta</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta9
10	¿En qué zona de la boca siente molestia?	<i>razon_consulta</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta10
11	¿Cómo es la molestia?	<i>razon_consulta</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta11
12	Hace cuánto tiene molestia?	<i>razon_consulta</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta12
13	Duele abrir o cerrar la boca?	<i>antecedentes_estomato</i>	<i>sino</i>	Codpregunta13
14	Si responde que sí:	<i>antecedentes_estomato</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta14
15	Procedimientos anteriores?	<i>antecedentes</i>	<i>sino</i>	Codpregunta15

16	Si responde que sí, cuál procedimiento?	<i>antecedentes</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta16
17	¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?	<i>antecedentes</i>	<i>sino</i>	Codpregunta17
18	En caso de ser así, ¿Cuál/es?	<i>antecedentes</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta18
19	Nivel de control (si aplica)	<i>antecedentes</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta19
20	¿Está tomando algún medicamento actualmente?	<i>antecedentes</i>	<i>sino</i>	Codpregunta20
21	En caso de ser así, ¿Qué tipo de medicamento?	<i>antecedentes</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta21
22	¿Hace cuánto fue su última visita al odontólogo?	<i>antecedentes</i>	<i>calendario</i>	Codpregunta22
23	¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes?	<i>habitos</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta23
24	¿Usa hilo dental o enjuague bucal?	<i>habitos</i>	<i>sino</i>	Codpregunta24
25	¿Fuma?	<i>habitos</i>	<i>sino</i>	Codpregunta25
26	¿En caso de ser así, con qué frecuencia?	<i>habitos</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta26
27	¿Consume alcohol?	<i>habitos</i>	<i>sino</i>	Codpregunta27
28	¿En caso de ser así, con qué frecuencia?	<i>habitos</i>	<i>opción_múltiple</i>	Codpregunta28
29	Gracias por la información proporcionada. Ahora voy a realizar una revisión clínica de su boca para evaluar dientes, encías y tejidos orales, luego le explicaré el diagnóstico y plan de tratamiento.	<i>mensaje_agradecimiento</i>	-	Codpregunta29

Opciones Respuesta	¿Requiere respuestas con pictogramas?
-No lo traje -Nombre y apellido completo. -Número de documento. - Tipo de sangre - Edad	<i>no</i>
-	<i>si</i>
-	<i>si</i>
A+ B+ AB+ O+ A- B- AB- O-	<i>si</i>
-	<i>si</i>
Bogotá D.C. o Madrid	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>
-	<i>si</i>
Dolor, Diente_roto, Sangrado, Inflamación, Limpieza, Control, Estética, Otro_Nose	<i>si</i>
Parte_superior, Parte_inferior, Lado_izquierdo, Lado_derecho, Encías, Toda_la_boca	<i>si</i>
Dolor_fuerte, Dolor_leve, Sensibilidad_frio, Sensibilidad_calor, Dolor_con_masticar, Molestia_constante, Sin_dolor	<i>si</i>
Hace 1 día + Hace 1 semana + Hace 1 mes + Hace varios meses	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>
+Duele abrirla + Duele cerrarla	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>

+Ortodoncia + Blanqueamiento + Limpieza + Implantes + Caja + Coronas	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>
Corazon, Azucar, Respiración, Neurlógico, Sist_oseo, Defensas, Ninguna, Otro_Nose	<i>si</i>
Controlada, En_tratamiento, Sin_control, No_aplica	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>
Pastillas, Inyecciones, Líquidos, Natural, Desconozco, Ninguno	<i>si</i>
-	<i>no</i>
Una, Dos, Tres	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>
Diario, Semanalmente, Ocasionalmente, No aplica	<i>si</i>
Si, No	<i>si</i>
Diario, Semanalmente, Ocasionalmente, No aplica	<i>si</i>
-	<i>no</i>