

**BASE DE DATOS PARA EL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DE MALOCLUCIONES**

APELLIDO : \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 NRO DE BENEFICIARIO: \_\_\_\_\_ PLAN: \_\_\_\_\_ F. NAC: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_  
 SEXO: F M EDAD DENTARIA: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

**INFORMACION GENERAL**

MOTIVO DE LA CONSULTA

(RELATADO POR LOS PADRES): \_\_\_\_\_

(RELATADO POR EL PACIENTE): \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO PREVIO: SI NO QUE TIPO?: \_\_\_\_\_

ACTITUD DEL PACIENTE HACIA EL TRATAMIENTO:

INDIFERENTE COOPERADOR RESISTENTE

ANTECEDENTES FAMILIARES DE MALOCLUCIONES O DISNASIAS: \_\_\_\_\_

OTROS COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICO ODONTOLOGICA:**

ENFERMEDADES: \_\_\_\_\_

INTERVENCIONES QUIRURGICAS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_

TRAUMATISMOS FACIALES Y/O DENTARIOS: \_\_\_\_\_

HISTORIA DENTAL FAMILIAR:

RIESGO: BAJO: MEDIANO: ALTO: \_\_\_\_\_

AFECCIONES:

RESPIRATORIAS:  SI  NO AGMIDALITIS:  SI  NO ALERGIA:  SI  NO

OTRAS: \_\_\_\_\_

**EXAMEN DE TEJIDOS BLANDOS**

PROPORCIONES FACIALES

ASIMETRIAS:

PERFIL FACIAL: RECTO: CONCAVO: CONVEXO: \_\_\_\_\_

RELACION BILABIAL: ABIERTA: CERRADA: \_\_\_\_\_

LABIO SUPERIOR: NORMAL HIPERTONICO HIPOTONICO INCOMPETENTE

LABIO INFERIOR: NORMAL HIPERTONICO HIPOTONICO SOBREETENDIDO

FRENILLO LABIAL SUPERIOR FRENILLO LABIAL INFERIOR \_\_\_\_\_

FRENILLO LINGUAL

ACCION DEL MUSCULO MENTONIANO:  SI  NO

PATRON RESPIRATORIO NASAL BUCAL BUCONASAL

LENGUA: POS. EN REPOSO POS.DE DEGLUCION: \_\_\_\_\_

DEFECTOS EN LA FONACION :

HABITOS: SUCCION DIGITAL: ONICOFAGIA: BRUXISMO: \_\_\_\_\_

ENCIA: NORMAL: GINGIVITIS: \_\_\_\_\_

HIPERPLASIA POR MEDICAMENTOS : \_\_\_\_\_

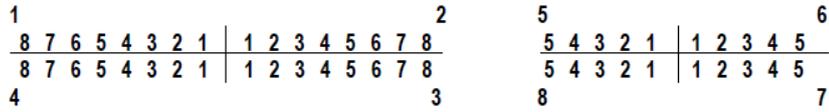
**EXAMEN DENTARIO Y DE OCLUCION**

ANOMALIAS DE NUMERO: \_\_\_\_\_

ANOMALIAS DE FORMA: \_\_\_\_\_

ANOMALIAS DE POSICION: \_\_\_\_\_

**SECUENCIA DE ERUPCION**



FORMA DEL ARCO SUPERIOR: \_\_\_\_\_

FORMA DEL ARCO INFERIOR: \_\_\_\_\_

RELACION MOLAR: \_\_\_\_\_

RELACION CANINA: \_\_\_\_\_

RELACION DE LINEA MEDIA NORMAL : DESVIADA: DERECHA IZQUIERDA

RESALTE: \_\_\_\_\_ MM ENTRECruzAMIENTO: \_\_\_\_\_ MM MORDIDA ABIERTA: \_\_\_\_\_ MM

ATM CHASQUIDO \_\_\_\_\_ LIMITACION D/ MOVIMIENTO : \_\_\_\_\_ DOLOR: \_\_\_\_\_

DESVIACION LATERAL EN APERTURA : \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_

PLAN DE TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

TIPO DE APARATOLOGIA A UTILIZAR: \_\_\_\_\_

DURACION DEL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

PRONOSTICO : \_\_\_\_\_

MATRICULA N° : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

POR LA PRESENTE DECLARO CONOCE LOS HONORARIOS Y LA REGLAMENTACION CORRESPONDIENTE AL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA Y ACEPTO PAGAR EL 50% DEL ARANCEL ESTABLECIDO POR CONVENIO.

\_\_\_\_\_ FIRMA DEL BENEFICIARIO

CODIGO	ARANCEL	A CARGO DEL BENEFICIARIO	A CARGO DE OSFATLYF

**AUDITORIA:**

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTO TERMINADO CONFORMIDAD DEL PACIENTE:**

\_\_\_\_\_ LUGAR Y FECHA FIRMA DEL BENEFICIARIO