

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 : _____

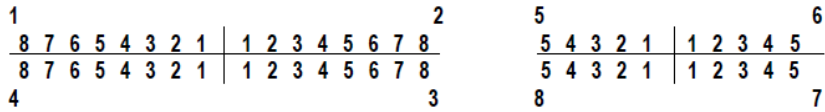
EXAMEN DENTARIO Y DE OCLUCION

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