

Historia Clínica de Ortodoncia Preventiva e Interceptiva

Apellidos:	Nombres:		
Representante:	Parentesco:		
Motivo de Consulta Ortodóncica			

Historia Dental

Cronología de erupción	Dentición primaria:	Dentición permanente:	
Alteraciones estructurales, de forma o número de los dientes	Si	No	Describe:

Examen Clínico

¿Simetría con respecto a la línea media?			
¿Simetría de los tercios faciales?			
Forma de la cara <input type="checkbox"/> Braquifacial <input type="checkbox"/> Mesofacial <input type="checkbox"/> Dolicofacial	Perfil <input type="checkbox"/> Cóncavo <input type="checkbox"/> Recto <input type="checkbox"/> Convexo	Labios <input type="checkbox"/> Incompetentes <input type="checkbox"/> Hipotónicos <input type="checkbox"/> Hipertónicos	Mentón/Masetero <input type="checkbox"/> Hipertónico <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipotónico
Tamaño de la nariz: <input type="checkbox"/> Pequeña <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Grande	Inserción de orejas: <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alta	Frenillo labial <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Ancho	Frenillo lingual <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Ancho
Paladar <input type="checkbox"/> Llano <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Profundo	Volumen de la lengua <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Aumentado Posición de la lengua <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Protruída	Desviaciones ATM <input type="checkbox"/> Apertura <input type="checkbox"/> Cierre <input type="checkbox"/> Ruidos	Contactos Prematuros <input type="checkbox"/> Caninos <input type="checkbox"/> Molares <input type="checkbox"/> Incisivos

Relaciones Dentarias

Molar Primaria	Derecha	PTR	Izquierda	PTR	Canina primaria	Derecha	CC	Izquierda	CC
		ED		ED			NO		NO
		EMs		EMs			DO		DO
		EMf		EMf			MO		MO
Molar Permanente	Derecha	CC	Izquierda	CC	Canina Permanente	Derecha	CC	Izquierda	CC
		NO		NO			NO		NO
		DO		DO			DO		DO
		MO		MO			MO		MO

Análisis de los Modelos

Arcada	Superior		Inferior	
Forma				
Simetría				
Apiñamiento				
Diastemas				
Rotaciones				
Protrusiones				
Retrusiones				
Perímetro de arco				
Distancia intermolar				
Distancia intercanina				
Línea media	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Desviada: d – i : __mm	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Desviada: d – i : __mm
Mordida abierta anterior	Mordida abierta posterior			
Mordida cruzada anterior	Mordida cruzada posterior			
Overjet __ mm	<input type="checkbox"/> A tope	Overbite __ mm	<input type="checkbox"/> Mordida profunda	<input type="checkbox"/> En cingulo
<input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Inverso	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> En paladar	<input type="checkbox"/> Incompleto
		<input type="checkbox"/> Mordida abierta		

Examen Radiográfico

<input type="checkbox"/> Edad dental	<input type="checkbox"/> Dientes incluidos
<input type="checkbox"/> Supernumerarios	<input type="checkbox"/> Pérdidas prematuras
<input type="checkbox"/> Ausencia de germen	<input type="checkbox"/> Otras Alteraciones

Hábitos

<input type="checkbox"/> Deglución atípica	<input type="checkbox"/> Onicofagia	<input type="checkbox"/> Queilofagia	<input type="checkbox"/> Atrapamiento Labial
<input type="checkbox"/> Respiración bucal	<input type="checkbox"/> Succión digital	<input type="checkbox"/> Succión de Chupón	<input type="checkbox"/> Protrusión lingual
<input type="checkbox"/> Bruxismo	Otros:		
Frecuencia e intensidad:			

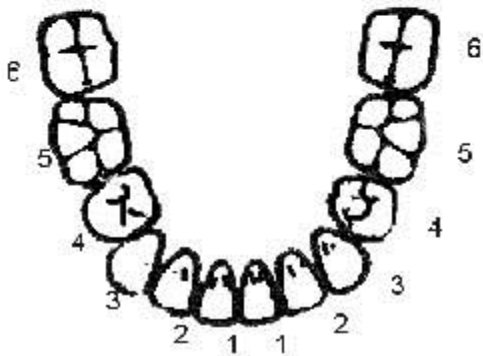
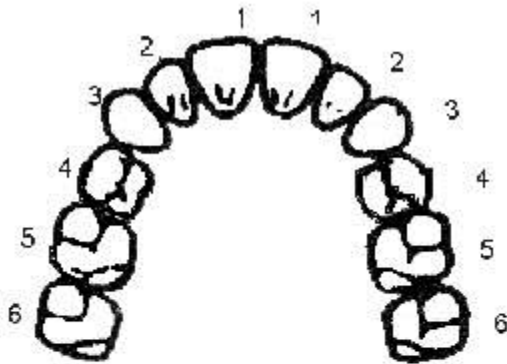
Diagnóstico Dentario

--

Diagnóstico Cefalométrico (cuando corresponda)

--

Lista de Problemas	Objetivos del Tratamiento



Plan de tratamiento :

Interconsultas realizadas:
