

EVALUACIÓN ODONTOLÓGICA PREVIA AL TRATAMIENTO.

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre:

Edad:

Domicilio:

Teléfono:

Actividad que desarrolla:

Cobertura Médica:

Fecha del Examen:

Médico de cabecera:

Peso:

Altura:

Nombre de los padres (o tutor) si es menor de edad:

Fecha de la última consulta/atención odontológica:

Medicación tomada durante la última semana (SI / NO, descripción):.....

.....

Tratamiento médico actual (SI / NO, descripción):.....

.....

Antecedentes odontológicos:

.....

.....

.....

Antecedentes Personales:

- Ap. Respiratorio:

- Ap. Cardiovascular:

- Ap. Digestivo:
- Neurológicos:
- Ap. Locomotor:
- Endócrinos:
- Quirúrgicos:
- Alérgicos:
- Infecciosos:
- Inmunológicos:
- Otros:
- Internaciones:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

.....

.....

.....

ESTADO ACTUAL: Examen Clínico

✓ Examen de los tejidos blandos:

Mucosa labial y yugal:
 Surco Vestibular:
 Paladar duro:
 Piel labial:
 Comisuras:
 Semimucosa labial:
 Dorso de la lengua:

Encías:
 Cara Ventral de la lengua:
 Borde de la lengua:
 Punta de la lengua:
 Paladar blando:
 Piso de la boca:

✓ Dinamica de la mandibula: Apertura y cierre mandibular

Cuánto? (en cms):
 Cómo?:



✓ Articulación Témpero-mandibular:

Sonidos: Crepitación: SI / NO
Click: SI NO

Palpación: *Derecha: Lateral – Dolor: SI / NO
Posterior – Dolor: SI / NO
*Izquierda: Lateral – Dolor: SI / NO
Posterior – Dolor: SI / NO

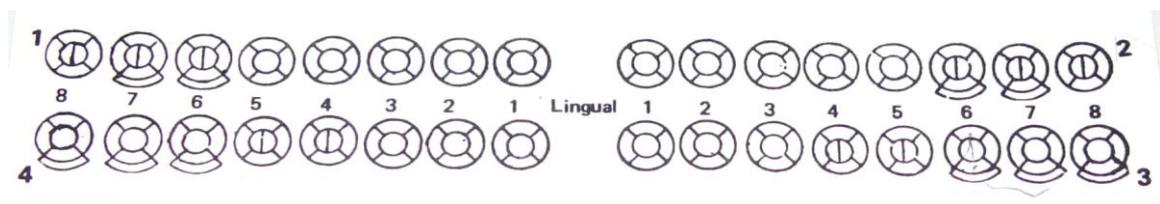
✓ Examen de los Músculos (Por Palpación):

Masetero:	Temporal:	Pterigoideo externo:
Esternocleidomastoideo:	Suprahioideos:	Pterigoideo interno:
Músculos del cuello:	Infrahioideos:	Músculos de los hombros:
Músculos de la nuca:		

✓ Exámenes radiográficos que posee o indicados:

Seriada periapical: Panorámica: Otros:

✓ Examen de los dientes:



✓ Examen de los dientes: (Continuación):

*Hubo tratamientos ortodóncicos? *Hubo tratamientos ortopédicos?
SI / NO SI / NO

*Higiene bucal: EFICIENTE / DEFICIENTE

*Examen periodontal:

Existe enfermedad periodontal? SI / NO

De qué tipo?

.....
.....
.....

✓ Análisis de la oclusión:

Relación interdental:

Relación ósea máxilo mandibular:

Guía Anterior: SI / NO

Disclusión canina: Derecha: SI / NO

Izquierda: SI / NO

Sonidos de la oclusión: Seco y claro Deslizante o no claro

✓ Exámenes clínicos y de laboratorio:

.....
.....

✓ Diagnóstico:

.....

✓ Plan de tratamiento:

.....
.....

.....

✓ Observaciones y demás datos de la atención odontológica:

.....
.....

.....

Firma del Paciente:

Documento:

Aclaración:

