

**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:		

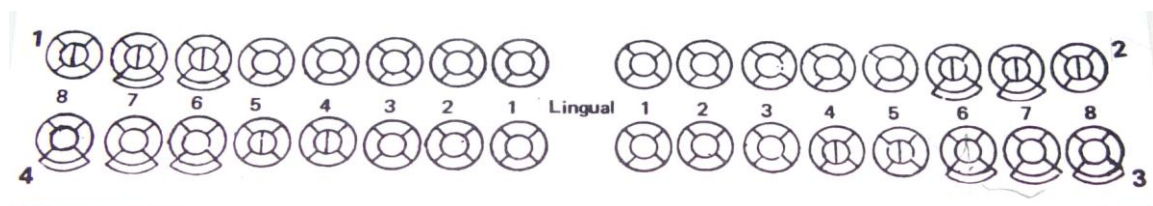
-----

✓ 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: .....

