 N° De Historia: Br. Tratante:

ORTODONCIA

Historia Clínica

Preventiva e Interceptiva

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos: | Nombres: |
| Representante: | Parentesco: |
| **Motivo de Consulta Ortodoncia** |
|  |

**Historia dental**

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

**Examen clínico**

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

**Relaciones dentarias**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Molar Primaria | Derecha | PTR | Izquierda | PTR |
| ED | ED |
| EMs | EMs |
| EMf | EMf |
| Molar Permanente | Derecha | CC | Izquierda | CC |
| NO | NO |
| DO | DO |
| MO | MO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Canina primaria | Derecha | CC | Izquierd a | CC |
| NO | NO |
| DO | DO |
| MO | MO |
| Canina Permanente | Derecha | CC | Izquierd a | CC |
| NO | NO |
| DO | DO |
| MO | MO |

s

**Análisis de los modelos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arcada | Superior | Inferior |
| Forma |  |  |
| Simetría |  |  |
| Apiñamiento |  |  |
| Diastemas |  |  |
| Rotaciones |  |  |
| Protrusiones |  |  |
| Retrusiones |  |  |
| Perímetro de arco |  |  |
| Distancia intermolar |  |  |
| Distancia intercanina |  |  |
| Línea media | Normal | Desviada: d – i : mm | Normal | Desviada: d – i : mm |
| Mordida abierta anterior | Mordida abierta posterior |
| Mordida cruzada anterior | Mordida cruzada posterior |
| Overjet mmAumentado | A topeInverso |  | Overbite mmNormalMordida abierta | Mordida profunda En cínguloEn paladar Incompleto |

**Examen radiográfico**

|  |  |
| --- | --- |
| * Edad dental
 | * Dientes incluidos
 |
| * Supernumerarios
 | * Pérdidas prematuras
 |
| * Ausencia de germen
 | * Otras Alteraciones
 |

**Hábitos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Deglución atípica
 | * Onicofagia
 | * Queilofagia
 | * Atrapamiento

Labial |
| * Respiración bucal
 | * Succión digital
 | * Succión de Chupón
 | * Protrusión lingual
 |
| * Bruxismo
 | Otros: |
| Frecuencia e intensidad: |



|  |
| --- |
| **Diagnóstico Dentario** |
|  |
| **Diagnóstico Cefalométrico (cuando corresponda)** |
|  |
| **Lista de Problemas** | **Objetivos del Tratamiento** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Plan de tratamiento :** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Interconsultas realizadas:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |