

Ficha de preparación de historia clínica

(Rellenar por los padres o paciente)

Filiación

Paciente.....

Edad Sexo Fecha

Fecha Nacimiento..... Tlf.

Domicilio

Demanda de Tratamiento

Recomendado por

Pacientes en edad de crecimiento

Erupción dentaria

1^{er} Incisivo Temporal (Central Inferior)

Adelantado ☐ < 5 Meses
Normal ☐ = 6 meses $\pm$ 1 mes
Retrasado ☐ > 7 meses

1^{er} Incisivo Permanente (Central Inferior)

Adelantado ☐ < 6 años
Normal ☐ = 7 años $\pm$ 1 año
Retrasado ☐ > 8 años

Desarrollo primera infancia

Embarazo

Normal ☐

Complicado ☐

☐

☐

Meses Peso.....

Nacimiento

Normal ☐

Forceps ☐

Nalgas ☐

Cesarea ☐

Andar

Adelantado ☐

Normal ☐

Atrasado ☐

Hablar

Adelantado ☐

Normal ☐

Atrasado ☐

Enfermedades anteriores

Hasta los 6 años de edad

Después de 6 años de edad

Para todos los pacientes

Enfermedades actuales

Alergias

Toma medicamentos

Hábitos

Chupete ☐ Dedo ☐ Labio ☐
Lengua ☐ Uñas ☐ Otros ☐
Propulsión Maxilar Inferior ☐

Condiciones dentobucales

Caries	Si ☐	No ☐
Obturaciones	Si ☐	No ☐
Endodoncias	Si ☐	No ☐
Extracciones	Si ☐	No ☐
Prótesis	Si ☐	No ☐
Supernumerarios	Si ☐	No ☐
Agnesias	Si ☐	No ☐
Retención temporales	Si ☐	No ☐
Anquilosis	Si ☐	No ☐
Incluidos	Si ☐	No ☐
Abrasiones	Si ☐	No ☐
Reabsorción radicular	Si ☐	No ☐
Salud bucodental	Si ☐	No ☐
Molar 3°	Si ☐	No ☐

Última visita al dentista. Nombre y fecha:

Funciones

Masticación

Normal ☐

Unilateral ☐

Insuficiente ☐

Lenta ☐

Alimentación

Normal ☐

Dulces, Helados ☐

Jarabes, Zumos ☐

Dura ☐

Blanda. CocaCola ☐

Respiración

Normal ☐

Bucal Día ☐

Bucal Noche ☐

Amígdalas

Normales ☐

Hipertrofia ☐

Operadas ☐

Adenoides

Normales ☐

Hipertrofia ☐

Operadas ☐

Cornetes

Normales ☐

Hipertrofia ☐

Operados ☐

Deqlución

Normal ☐

Forzada ☐

Interposición ☐

Fonación

Normal ☐

Defectuosa ☐

Bruxismo ☐

Ficha de aplicación de biomecánica

PACIENTE	REGISTRO	CIUDAD
----------	----------	--------

CL. ÓSEA	CLASE DENTARIA				GRADO DE GRAVEDAD				MALOCCLUSION PREVALENTE
	MOL		CAN		SOBREMO	RESALTE	L.MEDIA	ANCLAJE	
	D	I	D	I					APARATOS AUXILIARES

Nº Vis.	Dr.	Fecha	MAXILAR SUPERIOR							OBSERVACIONES	MAXILAR INFERIOR							OBSERVACIONES
			DIÁMETRO ARCO								DIÁMETRO ARCO							
			14	14x	16x	17x	19x	21x			14	14x	16x	17x	19x	21x		
1			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
2			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
3			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
4			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
5			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
6			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
7			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
8			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
9			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
10			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
11			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
12			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
13			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
14			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
15			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
16			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
17			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			
18			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*			



			MAXILAR SUPERIOR						OBSERVACIONES	MAXILAR INFERIOR						OBSERVACIONES
			DIÁMETRO ARCO							DIÁMETRO ARCO						
Nº Vis.	Dr.	Fecha	14	14x	16x	17x	19x	21x		14	14x	16x	17x	19x	21x	
1			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
2			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
3			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
4			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
5			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
6			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
7			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
8			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
9			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
10			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
11			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
12			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
13			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
14			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
15			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
16			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
17			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	
18			*	*	*	*	*	*		*	*	*	*	*	*	



Ficha control del paciente

Nombre y Apellidos _____ Edad _____

Domicilio _____

Recomendado por _____ Teléfono _____

Profesión del padre: _____ Presupuesto _____

FECHA	CONCEPTOS	CARGOS	ABONOS	SALDO

[illegible]