

FICHA DE ORTODONCIA / ORTOPEDIA

Fecha

Apellido y apellido: _____

Número de afiliado: _____ / _____ Zona: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Motivo de consulta: _____ Tuvo tratamiento anterior: _____

Salud general: _____ Desarrollo de acuerdo a la edad: _____

Tercio inferior: disminuido _____ aumentado _____ proporcional _____

Mentón: pobre _____ normal _____ prominente _____ relación labial _____

Tercio inferior: nasal _____ bucal _____ mixta _____

Deglución: normal _____ atípica _____

Aptitud al tratamiento: positivo _____ negativa _____ indiferente _____

Hábitos: _____

Tipo de tratamiento: interseptivo _____ correctivo _____ diagnóstico _____

Relación molar _____ problemas de arco _____ problemas esquelétales _____

Overjet _____ extracciones _____ apiñamientos: _____ diastemas _____

Mordida: abierta _____ sobremordida _____ protrusión _____ A.T.M _____

Línea media dentaria _____ lengua _____ frenillos _____ encías _____

Pronóstico _____ duración estimativa del tratamiento _____

Aparatología _____

Exámenes complementarios: modelos de estudios: fecha _____

Rx panorámicas: fecha: _____ telerradiografías: fecha: _____ Fotografías _____

La Mutual se reserva el derecho a realizar auditorías en cualquier etapa del tratamiento, así como a solicitar informes y o presentación de modelos, etc.

Firma Afiliado Titular

Firma Odontólogo