



ÁREA DE PROFUNDIZACIÓN – ORTODONCIA  
EXPEDIENTE

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

DATOS GENERALES

Nombre del paciente		Sexo	No. de carnet
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Edad (años y meses)	Grado escolar
Dirección (Calle y No.)		Colonia	
Delegación o Municipio	C.P.	Ciudad	
Nombre del padre o tutor		Teléfono(s) _____	
¿Ha recibido anteriormente tratamiento ortodoncia?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Fijo <input type="radio"/> Removible	Tiempo de tratamiento _____	
Accidentes o traumas faciales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Describir:			
Motivo de la consulta (referido por el paciente)			

FICHA MÉDICA

Enfermedades que padece actualmente (especifique):	
¿Está bajo tratamiento médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Especifique:
Enfermedades que ha padecido	Especifique:
¿Recibió tratamiento médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Especifique:
<b>Antecedentes heredofamiliares</b> (especifique parentesco y enfermedad)	
<b>Antecedentes personales patológicos (especifique)</b>	
Quirúrgicos:	Transfusiones:
Traumatismos:	Traumatismos craneofaciales:
Alergias:	Enfermedades de la infancia:
Respiratorios:	Digestivos:
Hormonales:	Hemáticos:
<b>Antecedentes personales no patológicos (especifique)</b>	
Tipo de alimentación: <input type="radio"/> Fibrosa <input type="radio"/> Blanda	
Lactancia: <input type="radio"/> Por seno materno ¿Hasta que edad? _____ <input type="radio"/> Por biberón ( ) ¿Hasta que edad? _____	
Cepillado: No. de veces/día	Hilo dental: No. de veces/día
*Mujeres: Menarca <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Edad _____	Fecha de última menstruación:

### ANÁLISIS FACIAL (Evaluación clínica y fotográfica)

Semejanza facial o dental (familia)	<input type="radio"/> Padre	<input type="radio"/> Madre	<input type="radio"/> Otro			
Somatotipo	<input type="radio"/> Mesomorfo		<input type="radio"/> Endomorfo	<input type="radio"/> Ectomorfo		
Proporción cefálica	<input type="radio"/> Mesocéfalo		<input type="radio"/> Braquicéfalo	<input type="radio"/> Dolicocefalo		
Proporción facial	<input type="radio"/> Mesoprosopo		<input type="radio"/> Euriprosopo	<input type="radio"/> Leptoprosopo		
Frente	<input type="radio"/> Simétrico		<input type="radio"/> Asimétrico			
Perfil	<input type="radio"/> Recto		<input type="radio"/> Convexo	<input type="radio"/> Cóncavo		
Tercios faciales	Superior	<input type="radio"/> Proporcionado	Medio	<input type="radio"/> Proporcionado	Inferior	<input type="radio"/> Proporcionado
		<input type="radio"/> Aumentado		<input type="radio"/> Aumentado		<input type="radio"/> Aumentado
		<input type="radio"/> Disminuido		<input type="radio"/> Disminuido		<input type="radio"/> Disminuido
Forma facial	<input type="radio"/> Redonda	<input type="radio"/> Ovalada	<input type="radio"/> Cuadrada	<input type="radio"/> Triangular		
Forma de la nariz	<input type="radio"/> Proporcional		<input type="radio"/> Pequeña	<input type="radio"/> Grande		
Postura labial	<input type="radio"/> Competencia		<input type="radio"/> Incompetencia			
	<input type="radio"/> Proquelia superior		<input type="radio"/> Proquelia inferior	<input type="radio"/> Biproquelia		
Tono muscular	<input type="radio"/> Normal		<input type="radio"/> Hipertonicidad	<input type="radio"/> Hipotonicidad		

### ANÁLISIS INTRAORAL DE TEJIDOS BLANDOS (Evaluación clínica y fotográfica)

Color y tejido gingival				
Mucosa yugal				
Lengua				
Piso de boca				
Amígdalas				
Inserciones musculares (frenillos)	<input type="radio"/> Labial superior	<input type="radio"/> Bajo	<input type="radio"/> Mediano	<input type="radio"/> Alto
	<input type="radio"/> Labial inferior	<input type="radio"/> Bajo	<input type="radio"/> Mediano	<input type="radio"/> Alto
	<input type="radio"/> Lingual	<input type="radio"/> Corto	Describir si hay lesiones :	

### ANÁLISIS DENTAL

Tipo de dentición	<input type="radio"/> Primaria	<input type="radio"/> Mixta	<input type="radio"/> Secundaria
-------------------	--------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>51</b>	<b>61</b>	<b>62</b>	<b>63</b>	<b>64</b>	<b>65</b>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<b>85</b>	<b>84</b>	<b>83</b>	<b>82</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>72</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	<b>75</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>48</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>44</b>	<b>43</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>	<b>37</b>	<b>38</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Marcar con una X los dientes ausentes**

- Caries (C)
- Exfoliación temprana (Et)
- Restauraciones (R)
- Extracción indicada (Ei)
- Ausente (A)
- Supernumerario (S)
- Forma atípica (Fa)
- Hipoplasia del esmalte (Hip)
- Diente transpuesto (Dt)

### ANÁLISIS OCLUSAL-FUNCIONAL (Evaluación clínica y fotográfica)

<b>Clase molar de Angle</b>	Derecho <input type="radio"/> C- I <input type="radio"/> C- II <input type="radio"/> C- III	Izquierdo <input type="radio"/> C- I <input type="radio"/> C- II <input type="radio"/> C- III	<input type="radio"/> No aplica
<b>Planos terminales</b>	Derecho: <input type="radio"/> Recto <input type="radio"/> Mesial <input type="radio"/> Distal <input type="radio"/> Mesial exagerado	<input type="radio"/> No aplica	
	Izquierdo: <input type="radio"/> Recto <input type="radio"/> Mesial <input type="radio"/> Distal <input type="radio"/> Mesial exagerado	<input type="radio"/> No aplica	
<b>Clase canina</b>	Derecho: <input type="radio"/> C-I <input type="radio"/> C-II <input type="radio"/> C-III	Izquierdo: <input type="radio"/> C-I <input type="radio"/> C-II <input type="radio"/> C- III	<input type="radio"/> No aplica
<b>Traslape horizontal:</b>	mm	<b>Traslape vertical:</b>	mm <b>Mordida profunda:</b> <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<b>Mordida abierta:</b>	Anterior <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> izquierda <input type="radio"/> Bilateral	
	Posterior <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Bilateral	
<b>Mordida cruzada:</b>	Anterior <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Bilateral	
	Posterior <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Izquierda <input type="radio"/> Bilateral	
<b>Desgastes fisiológicos</b>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	<b>Espacios primates</b>	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
<b>Desviación línea media sup.</b>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda
<b>Desviación línea media inf.</b>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda

### HÁBITOS ORALES PERNICIOSOS

Hábito	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Duración	Intensidad	Frecuencia	Edad de inicio:
<b>Bruxismo</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tiempo:	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> moderada <input type="radio"/> severa	<input type="radio"/> mucho <input type="radio"/> poco	Edad de inicio:
<b>Chupón</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tiempo:	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> moderada <input type="radio"/> severa	<input type="radio"/> mucho <input type="radio"/> poco	Edad de inicio:
<b>Dedo</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tiempo:	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> moderada <input type="radio"/> severa	<input type="radio"/> mucho <input type="radio"/> poco	Edad de inicio:
<b>Labial</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tiempo:	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> moderada <input type="radio"/> severa	<input type="radio"/> mucho <input type="radio"/> poco	Edad de inicio:
<b>Lingual</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tiempo:	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> moderada <input type="radio"/> severa	<input type="radio"/> mucho <input type="radio"/> poco	Edad de inicio:
<b>Onicofagia</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tiempo:	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> moderada <input type="radio"/> severa	<input type="radio"/> mucho <input type="radio"/> poco	Edad de inicio:
<b>Postural</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Describir:			
<b>Respiración bucal</b>	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	Tiempo:	<input type="radio"/> Leve <input type="radio"/> moderada <input type="radio"/> severa	<input type="radio"/> mucho <input type="radio"/> poco	Edad de inicio:

**ANÁLISIS DE MODELOS (Tomar impresiones y vaciarlos con yeso blanco tipo III para ortodoncia)**

<b>FORMA DEL ARCO</b>	Maxilar	<input type="radio"/> Oval	<input type="radio"/> Cuadrado	<input type="radio"/> Triangular
	Mandíbula	<input type="radio"/> Oval	<input type="radio"/> Cuadrado	<input type="radio"/> Triangular
<b>APIÑAMIENTO</b>	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si			
<b>SIMETRÍA DEL ARCO</b>	Maxilar	<input type="radio"/> Simétrico	<input type="radio"/> Asimétrico	
	Mandíbula	<input type="radio"/> Simétrico	<input type="radio"/> Asimétrico	
<b>PALADAR</b>	<input type="radio"/> Profundo	<input type="radio"/> Plano	<input type="radio"/> Proporcional	

**ANÁLISIS DE MODELOS DE MOYERS (DENTICIÓN MIXTA TEMPRANA)**

<b>SI inferiores=</b>	<input type="text"/>	<b>Diente</b>	<b>42</b>	<b>41</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	
		<b>Ancho M -D</b>					
<b>Mandíbula</b>			<b>Maxilar</b>				
<b>Derecha</b>	ED	<b>Izquierda</b>	ED	<b>Derecha</b>	ED	<b>Izquierda</b>	ED
	ER		ER		ER		ER
	DIF		DF		DIF		DIF
<b>Discrepancia</b> <input type="text"/>			<b>Discrepancia</b> <input type="text"/>				

**Tabla predictiva de Moyers, limite de tolerancia 75%. Caninos y premolares**

Ancho M-D	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0	25,5	
Sup	Varones	20,3	20,5	20,8	21,0	21,3	21,5	21,8	22,0	22,3	22,5	22,8	23,0	23,3
	Hembras	20,4	20,5	20,6	20,8	20,9	21,0	21,2	21,3	21,5	21,6	21,8	21,9	22,1
inf	Varones	20,4	20,6	20,8	21,0	21,2	21,4	21,6	21,9	22,1	22,3	22,5	22,8	23,0
	Hembras	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,1	21,3	21,6	21,9	22,1	22,4	22,7

**ANÁLISIS DE MODELOS DE PONT /KORKHAUS (DENTICIÓN MIXTA TARDÍA Y PERMANENTE)**

<b>SIU=</b>	<b>Sagital</b>					<b>Transversal</b>					
<b>Maxilar</b>	<b>LO</b>	Es	Debe	Dif	<b>4 : 4</b>	Es	Debe	Dif	<b>6 : 6</b>		
<b>Mandíbula</b>	<b>LU</b>	Es	Debe	Dif	<b>4 : 4</b>	Es	Debe	Dif	<b>6 : 6</b>		

### ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA A.T.M.

Dolor muscular a la palpación	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Bilateral
Dolor articular a la palpación	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Bilateral
Ruidos articulares	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Derecho	<input type="radio"/> Izquierdo	<input type="radio"/> Bilateral
	<input type="radio"/> Chasquido			<input type="radio"/> Crepitación	
Apertura	_____mm	Describir:			
Desviación en apertura	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Descripción:		
Lateralidad	Derecha _____mm		Izquierda _____mm		Describir:
Protrusión	_____mm	Describir:			

### ANÁLISIS RADIOGRÁFICO (Tomar ortopantomografía).

Ortopantomografía / tipo de dentición: <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> Secundaria	
No. de dientes erupcionados:	Dientes no erupcionados:
Dientes retenidos:	Dientes ausentes congénitos:
Supernumerarios: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espacio del ligamento periodontal
Patología periapical: <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Describir:	
Relación raíz/corona: <input type="radio"/> 3:1 <input type="radio"/> 2:1 <input type="radio"/> 1:1	
Proceso alveolar: <input type="radio"/> Uniforme <input type="radio"/> Pérdida de cresta ósea Zona:	
Fracturas dentales:	
Endodoncia (diente):	
Otra patología:	

### RADIOGRAFÍA DENTOALVEOLAR

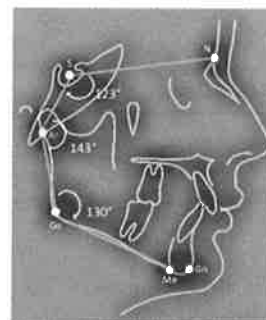
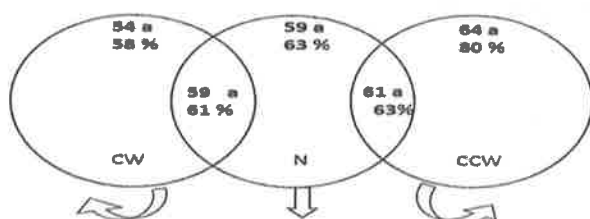
Zona:	
Observaciones:	

### RADIOGRAFÍA OCLUSAL

Zona	
Observaciones	

**ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO JARABAK**

Medidas angulares	Norma	Paciente	Interpretación
S-N-Ar	122° ± 5°		
S-Ar-Go	143° ± 6°		
Ar-Go-Me	130° ± 7°		
Resultante S-Ar-Go	396° ± 6°		
Go-Superior	50° ± 2°		
Go-Inferior	70° - 75°		
Convexidad facial(N-A/A-pog)	0°		
SNA	80°		
SNB	78°		
ANB	2°		
S-N-Me	31°		
Eje Y (N-S-Gn)	67°		
Po-Or / Go-Me (FMA)	25°		
<b>Medidas lineales</b>			
L.B.C.A (S-N)	71 ± 3mm.		
L.C.M (Go-Gn)	71 ± 3mm.		
Relación L.B.C.A-L.C.M	1:1		
L.B.C.P (S-Ar)	32 ± 3mm.		
L.Ra (Ar-Go)	44 ± 5mm.		
A.F.P (S-Go)	88.2 ± 5.9mm.		
A.F.A (N-Me)	136.8 ± 7.9mm		
% de crecimiento	63-64 %		
<b>Análisis dental</b>			
Eje 1 inf / Po-Or (FMIA)	65° a 70°		
Eje 1 inf / Go-Me(IMPA)	90°		
Eje 1 inf / N-Pg	-2mm ± 2mm		
Eje 1 sup / S-N	102 ± 2°		
Eje-1 sup / N-A	22°		
Eje 1 sup / N-Pog	5mm ± 2mm		
> Interincisal	135.4° ± 5.76°		
<b>Plano estético de Ricketts o línea "E"</b>			
Labio superior	-2 a -4 mm.		
Labio inferior	0mm.		



# DIAGNÓSTICO

---

---

---

---

---

LISTA DE PROBLEMAS	OBJETIVOS

# TRATAMIENTO


PRONÓSTICO \_\_\_\_\_

---

Firma de conformidad del padre o tutor

## NOTAS DE EVOLUCIÓN

FECHA	TRABAJO REALIZADO	FIRMA