

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CLÍNICA DE PROSTODONCIA TOTAL

Grupo: _____

No. Carnet _____

Fecha _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre: _____ Sexo _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Dirección: _____

Teléfono del paciente o familia responsable: _____

Motivo principal de la consulta: _____

Salud general: _____

¿Cuándo fue su última visita al médico? _____

¿Está bajo tratamiento médico? _____

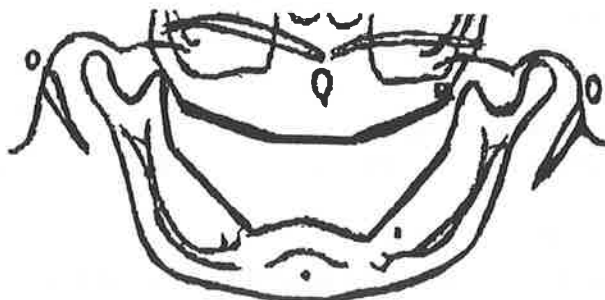
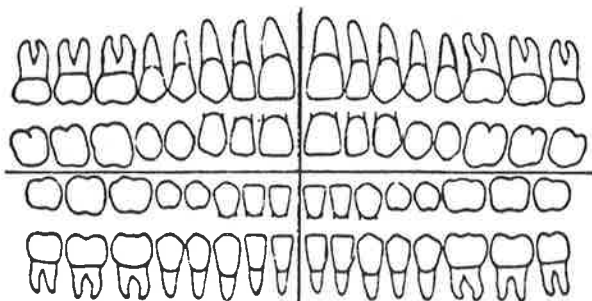
HISTORIA DENTAL

Motivo de la pérdida dental _____

Fecha de las últimas extracciones: Maxilar _____

Mandíbula _____

Estado actual: _____



ANTECEDENTES PROTESICOS

¿Cuánto tiempo tiene usando dentaduras? Maxilar _____

Mandíbula _____

¿Por quién fueron elaboradas las últimas dentaduras? _____

DENTADURAS ANTERIORES

Tipo Maxilar _____ Número Maxilar _____

Mandíbula _____ Mandíbula _____

EXPERIENCIA

Maxilar Favorable _____ Mandíbula Favorable _____

Desfavorable _____ Desfavorable _____

DENTADURAS ACTUALES

	Percepción del paciente	Observación del profesional
Eficiente a la masticación (oclusión)	_____	_____
Coordinación fonética	_____	_____
Retención	_____	_____
Estabilidad	_____	_____
Estética	_____	_____
Comodidad	_____	_____
Distancia Vertical	_____	_____
Sugerencias del paciente	_____	_____
Indicaciones del profesional	_____	_____

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

Apariencia general			
Índice cosmético	Promedio _____	Alto _____	Bajo _____
Aspecto	Agradable _____	Tenso _____	
Personalidad	Delicada _____	Media _____	Vigorosa _____

CARA

Forma:	Ovoide _____	Cuadrada _____	Triangular _____	Otras _____		
Perfil:	Recto _____	Cóncavo _____	Convexo _____			
Cabello:	Cano: _____	Negro: _____	Castaño: _____	Rubio: _____	Teñido _____	Natural _____
Ojos:	Obscuros _____	Cafes _____	Verdes _____	Azules _____		
Tez:	Clara _____	Morena _____				
Textura (piel):						
Arrugas debidas a:	Edad _____	Pérdida de Dimensión Vertical: _____				
Labios:	Largo _____	Corto _____	Grueso _____	Mediano _____	Delgado _____	
Línea Bermellón visible	Estrecha _____	Amplia _____				
Filtrum Activo	Pasivo _____	Surco Nasogeniano Marcado _____	Remarcado _____			

EVALUACIÓN CLÍNICA

Articulación Temporo-mandibular (Derecha - Izquierda)			
Sin alteración _____	Crepitante _____	Sonora _____	Desviación _____

MOVIMIENTO MANDIBULAR (Evaluar como excesivo, limitado o aceptable)

Apertura _____	Cierre _____	Protrusivo _____	Lat. Der. _____	Lat. Izq. _____
----------------	--------------	------------------	-----------------	-----------------

FACTORES BIOLÓGICOS

Tono muscular		
Isotónico _____	Hipertónico _____	Hipotónico _____

MÚSCULOS DE LA MASTICACIÓN Y EXPRESIÓN FACIAL

Sin alteración _____	Hipertróficos _____	Atróficos _____
----------------------	---------------------	-----------------

RELACIÓN MAXILAR-MANDÍBULA EN POS.FIS.DES.

Mandíbula y maxilar compatible _____
Mandíbula más pequeña que el maxilar _____
Mandíbula más grande que el maxilar _____

ALTURA DEL REBORDE RESIDUAL MAXILAR Y MANDIBULAR (EN MILÍMETROS)

(Medir con regla flexible metálica desde fondo de saco sin presionar a cresta de reborde residual)

a) Favorable (6 o mas) b) Pequeño (6 o menos) c) Plano (2 o menos)

Maxilar Ant. _____ Der. _____ Izq. _____ Mandíbula Ant. _____ Der. _____ Izq. _____

FORMA DEL REBORDE RESIDUAL (U) ----- (V)

SUP ANT _____ SUP DER _____ SUP IZQ _____

INF ANT _____ INF DER _____ INF IZQ _____

FORMA DEL ARCO MAXILAR Y MANDIBULAR

a) Cuadrado _____ b) Triangular _____ c) Ovoide _____ d) Combinado _____

PALADAR DURO (Medir por palatino a nivel de premolares en milímetros)

Plano(8 ó menos) _____ Mediano(de 8 a 12) _____ Profundo(12 ó mas) _____

INCLINACIÓN EN EL PALADAR BLANDO (Lyc TL)

Clase I _____ Clase II _____ Clase III _____

Respuesta a la palpación de la zona vibrátil

Ninguna _____ Mínima _____ Hipersensibilidad _____

RELACIÓN DE LOS REBORDES

Ortognático _____ Retrognático _____ Prognático _____

DISTANCIA ENTRE LOS ARCOS EN POS. FIS. DES. (Especificar la zona en milímetros)

Adecuada (20 a 22) _____ Excesiva (22 ó mas) _____ Limitada (20 ó menos) _____

RETENCIONES ÓSEAS

Maxilar: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere remoción _____

Mandíbula: Ninguna _____ Ligera _____ Requiere remoción _____

TORUS

Maxilar: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere remoción _____

Mandíbula: Ninguno _____ Ligero _____ Requiere remoción _____

TEJIDOS BLANDOS QUE RECUBREN EL REBORDE RESIDUAL

Firme Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Suave Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Uniforme Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Irregular Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Gruoso Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Delgado Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Hiperplásico ó Resiliente Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____
Inf. Ant. _____

Sano Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

Patológico Sup. Der. _____ Sup. Izq. _____ Sup. Ant. _____ Inf. Der. _____ Inf. Izq. _____ Inf. Ant. _____

OBSERVACIONES

INSERCIÓN DE LOS FRENILLOS (Baja, Mediana, Alta) Y CARACTERÍSTICAS (Amplio, Delgado Único o Varios, Ausente)

Lab. Sup. _____
Buc. Der. Sup. _____
Buc. Izq. Sup. _____
Lab. Inf. _____
Buc. Der. Inf. _____
Buc. Izq. Inf. _____
Lingual _____
Accesorios _____

ESPACIO PARA ALETAS LINGUALES (Medir del cojinete retromolar hacia piso de boca levantando la lengua)

Izquierdo _____ Derecho _____

TAMAÑO DE LA LENGUA

Favorable _____ Microglosia _____ Macroglosia _____

POSICIÓN DE LA LENGUA (WRIGHT)

Clase I _____ Clase II _____ Clase III _____

SALIVA

Cantidad
Favorable _____ Oligosalia _____ Sialorrea _____
Consistencia
Serosa _____ Mucosa _____ Mixta _____

ACTITUD MENTAL (HOUSE - BOUCHER)

Filosófico _____ Indiferente _____ Crítico _____ Escéptico _____

**VALORACIÓN IMAGENOLÓGICA
ORTOPANTOMOGRAFÍA**

DENTOALVEOLAR _____

PRONÓSTICO DEL NUEVO APARATO PROTESICO

Favorable _____ Poco favorable _____ Desfavorable _____

PLAN DE TRATAMIENTO

Superior _____
Inferior _____

OBSERVACIONES _____

