



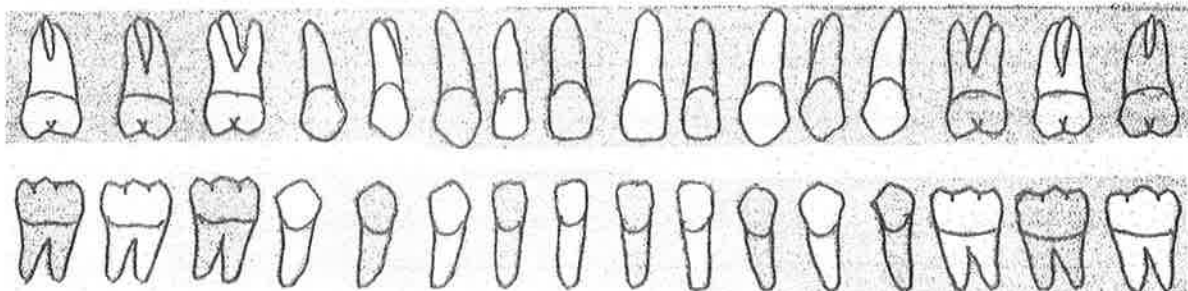
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**  
**DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA**  
**Y REMOVIBLE**  
**FICHA PROTÉSICA**



Exp. No.	Fecha de ingreso:	Sexo:	M <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>
Nombre del Paciente:		Edad:	Tel.	
Dirección:		Colonia:	C.P.	
Nombre del profesor:				
Nombre del alumno:			Grupo:	

**EVALUACIÓN CLÍNICA** Anote y especifique en el diagrama

Dientes con caries:	
Dientes ausentes (y tiempo de ausencia):	
Restauraciones individuales:	
Portador de prótesis parcial fija: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Portador de prótesis parcial removible: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Especifique el material de la prótesis:	
Clasificación de Kennedy:	Clase:                      Modificación:



**ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN:**

Clasificación de Angle:	Clase I <input type="radio"/>	Clase II <input type="radio"/>	Clase III <input type="radio"/>
Protección canina:	Derecha <input type="radio"/>	Izquierda <input type="radio"/>	
Protección anterior:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Función de grupo:	Mutua <input type="radio"/>	Derecha <input type="radio"/>	Izquierda <input type="radio"/>
Mordida cruzada:	Ant. <input type="radio"/>	Post. <input type="radio"/>	Der. <input type="radio"/> Izq. <input type="radio"/>
Mordida abierta:	Ant. <input type="radio"/>	Post. <input type="radio"/>	Der. <input type="radio"/> Izq. <input type="radio"/>
Contacto dentario anterior en oclusión céntrica:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Traslape horizontal:	mm	Traslape vertical:	mm
Hábitos parafuncionales:			

OBSERVACIONES:

**EVALUACIÓN PERIODONTAL**

Bolsas periodontales:	No <input type="radio"/>	Si <input type="radio"/>	Profundidad:	mm
Movilidad dentaria:	Negativa	Positiva	Grado:	1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/> 3° <input type="radio"/>
Dientes:				
Otro tipo de alteración:				
Observaciones:				

**EVALUACIÓN ENDODÓNCICA**

Con vitalidad:	Con tratamiento endodóncico previo:
Dientes pilares que necesiten tratamiento endodóncico:	
Retratamientos:	Observaciones:

**EXAMEN RADIOGRÁFICO**

Relación Corona-raíz:	Soporte óseo:
Región desdentada:	Observaciones:

**PLAN DE TRATAMIENTO  
PRÓTESIS FIJA**

Dientes pilares: _____	Pónticos anote los dientes:
Tipo de preparación:	
Tipo de base de los pónticos:	Restauraciones individuales anote el diente y tipo de restauración:
Restauraciones intrarradiculares:	Cx. Integral

**OTRO TIPO DE TRATAMIENTOS**

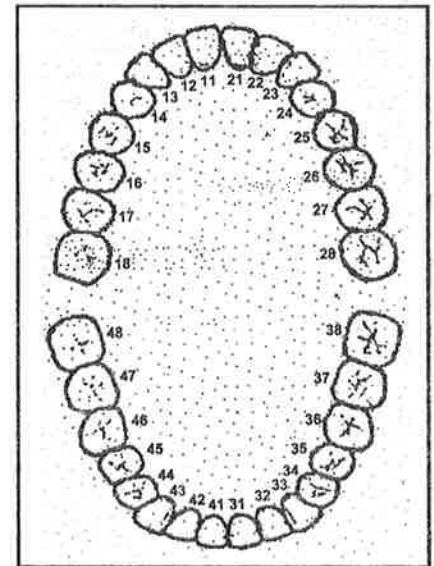
Prótesis por adhesión (especifique):	Aditamentos de precisión (especifique):
Material a utilizar:	Color:

**PRÓTESIS REMOVIBLE**

Requerimiento de preparación preprotésico: Si No Especifique:	
Tipos de prótesis parcial removible: Dentosoportada: _____ Mucosoportada: _____	
Dentomucosoportada:	
Pónticos, dientes y tipos:	Material a utilizar:

**SEGUIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO**

PROCEDIMIENTO	FECHA Y FIRMA
Historia clínica	
Modelos de estudio	
Prótesis provisional	
Preparaciones especifique:	
Impresiones y selección de color	
Montaje en el articulador	
Prueba de la prótesis en metal	
Prueba de la prótesis con material estético	
Cementación	
Inserción de la prótesis removible	
Terminado	
No. De unidades de prótesis fija:	
No. Unidades de prótesis removible:	



Diseñe la prótesis fija y/o removible en el diagrama.

Tratamientos Adicionales: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Costo derecho de clínica \_\_\_\_\_

Costo de laboratorio aproximado de las prótesis \_\_\_\_\_

El paciente, fue informado sobre el tratamiento y su costo aceptando ambos. \_\_\_\_\_

Firma.

Alumno: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_

Firma.

Firma.

El paciente quedo satisfecho y conforme con el tratamiento terminado. \_\_\_\_\_

Firma y fecha