



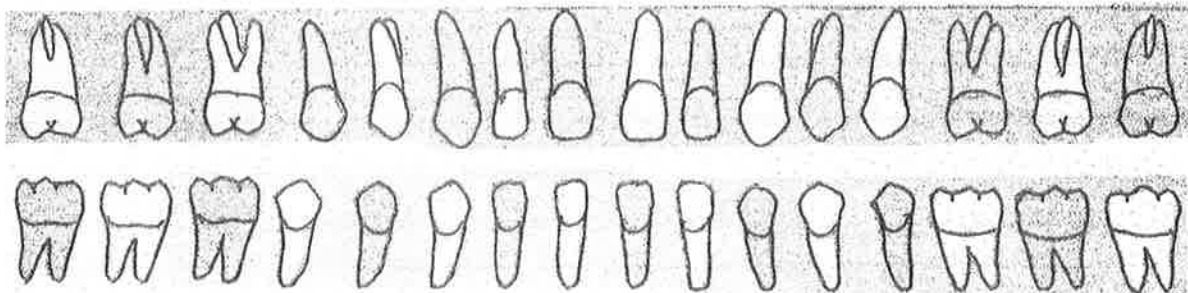
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA
Y REMOVIBLE
FICHA PROTÉSICA



Exp. No.	Fecha de ingreso:	Sexo:	M ☐ F ☐
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 ☐ No ☐	Portador de prótesis parcial removible: Si ☐ No ☐
Especifique el material de la prótesis:	
Clasificación de Kennedy:	Clase: Modificación:



ANÁLISIS DE LA OCLUSIÓN:

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

OBSERVACIONES:

EVALUACIÓN PERIODONTAL

Bolsas periodontales:	No ☐ Si ☐	Profundidad:	mm
Movilidad dentaria:	Negativa ____ Positiva ____	Grado:	1° ☐ 2° ☐ 3° ☐
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

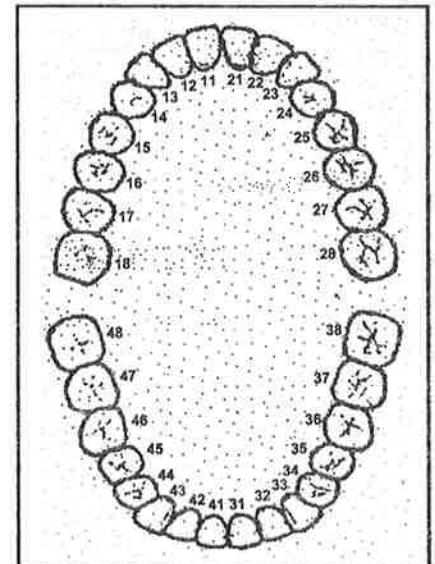
Prótesis por adhesión (especifique): _____	Aditamentos de precisión (especifique): _____
Material a utilizar: _____	Color: _____

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:	



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

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