

HISTORIA CLINICA PARA MODULO ORTODONCIA

ODONTOLOGO:		Nº de Matricula				

PACIENTE	Nº AFIL																		
----------	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de inicio de tratamiento Edad:

Núcleo Familiar

ESTADO GENERAL:

ANTECEDENTES INDIVIDUALES:

Nacimiento: Parto:

Enfermedades crónicas:

Alteraciones congénitas:

Traumatismos: Intervenciones quirúrgicas

Tuvo tratamiento de ortodoncia previo:

Uso: chupete.....mamadera.....lactancia.....hasta qué edad?.....

ANALISIS FACIAL

Patrón Facial: Mesofacial..... Dólíco facial..... Braquifacial.....

Perfil: Recto..... Cóncavo..... Convexo.....

Asimetría: Mand. Derecha..... Mand. Izquierda..... Otras.....

Altura facial: Equilibrada..... Larga..... Corta.....

Ancho facial: Equilibrada..... Estrecho..... Amplio.....

Perfil Maxilar: Ortognático..... Prognático..... Retrognático.....

Perfil Mandibular: Ortognático..... Prognático..... Retrognático.....

Surco Labio-Mentón: Normal..... Marcado..... Borrado.....

Labios en Reposo: Competentes..... Incompetentes.....

Perfil labial: Protrusivo..... Sup..... Inf..... Retrusivos..... Sup..... Inf..... Normal.....

ANALISIS FUNCIONAL

Respiración: Bucal..... Nasal..... Mixta..... Deglución: Normal..... Atípica.....

Actividad Comisural: Normal..... Contracción.....

Actividad Lingual: Normal..... Interp. Anterior..... Interp. Lateral.....

Labio Superior: Normal..... Hipoactivo..... Hiperactivo.....

Labio Inferior: Normal..... Hipoactivo..... Hiperactivo.....

Masetero: Normal..... Hipoactivo..... Hiperactivo.....

Mentoniano: Normal..... Hipoactivo..... Hiperactivo.....

Hábitos de succión: Dedos..... Lengua..... Labios..... Onicofagia.....

CEFALOGRAMA DE RICKETTS			CEFALOGRAMA MC NAMARA		
MAX. INFERIOR	NORMA	INICIAL	MEDIDA	NORMA	PACIENTE
1. EJE FACIAL	90° ± 3,0°		Vert - A	0 mm ± 1 mm	
2. PROF. FACIAL	87° ± 3,0°		Vert - PO	-8 a -6 / -4 a 0	
3. ANG. PL. MANDIB.	26° ± 4,0°		Normas Compuestas		
4. ALTURA FAC. INF.	47° ± 4,0°		Long. Maxilar		
5. ARCO MANDIB.	26° ± 4,0°		Long. Mandibular		
MAX. SUPERIOR			Altura		
6. Convexidad Facial	+2		ANALISIS ESQUELETAL		
7. Prof. maxilar	90° ± 3,0°				
DIENTES					
8. Incisivo inf. a A-PO	+1°				
9. Inclinación incis. Inf.	22° ± 4,0°				
10. 1er molar sup PTV	Edad + 3				
11. Incis. Inf. A PL. O.	+ 1,25				
12. Angulo Interinc.	130° ± 10°				
PERF. BLANDO					
13. Prot. Labio Inf.	-2 ± 2mm				

DETERMINACION DEL TIPO FACIAL

VERT	MESOFACIAL 0	BRAQUI + 0,5	BRAQUI SEVERO + 1
	DOLICO SUAVE - 0,5	DOLICO - 1	DOLICO SEVERO - 2
ANALISIS DE ARCOS DENTARIOS		DESCRIPCION DE MALOCCLUSION	
Discrepancia dentaria	mm.		
Espacio Libre (Nance)	mm.		
Discrepancia Cefalom.	mm.		
Total	mm.		

PLANIFICACION DEL V.T.O.

V.T.O.	1 - APO		
		+	-
1 - Eje facial	Discrepancia dentaria		
	Espacio Libre (Nance)		
2 - Convexidad	D.C.R.C.		
	Verticalización moral		
3 - 1 a A - PO	Curva de Spee		
	Expansión		
4 - Angulo Interincisivo	Elásticos intermaxilares		
	Desgaste interproximal		
5 - Labio Inferior - Plano E	Extracción		
	Recolocación del 1		
	Total		
	Neto		
	Por hemiarcada		

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Derecha								Izquierda							
58	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

REFERENCIAS

COLOR ROJO Prestaciones existentes

COLOR AZUL Prestaciones requeridas

X Diente ausente o a extraer

PROTESIS FIJA

PROTESIS REMOVIBLE

CORONAS

CANTIDAD DE DIENTES

EXISTENTES

PLAN DE TRATAMIENTO Y OBJETIVOS:

TECNICA Y APARATOLOGIA A EMPLEAR:

TIEMPO ESTIMADO DE TRATAMIENTO:

PRONOSTICO:

Conformidad del paciente:

Firma del padre o tutor

Aclaración

Domicilio: DNI:

Lugar: Fecha:/...../.....

.....
firma y sello profesional

Registro de Prestaciones

[illegible]

CONSENTIMIENTO INFORMADO ORTODONCIA

Lugar y fecha.....

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones mas frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, el consentimiento informado para que pueda realizarse dicho procedimiento. A propósito declaro haber sido informado y haber comprendido acabadamente el objetivo del tratamiento de ortodoncia u ortopedia y la aparatología a utilizar.

Sr/Sra..... con DNI N°.....
 como paciente (en caso de menores o incapacitados consignar nombre y DNI del padre, madre o tutor) ha sido informado/a por el Dr. / Dra.M.P.....
 desobre los procedimientos propios clínicos de ortodoncia y ortopedia, que constan en el plan de tratamiento otorgando mi consentimiento para realizar las prácticas necesarias al caso clínico.

El/ la paciente ha sido informado/a y conoce los riesgos que puede comportar este tratamiento:

- ♦ Al colocar la ortodoncia puede generar en los dientes una leve reacción inflamatoria, provocando dolor temporario, que va disminuyendo progresivamente.
- ♦ Si los brackets no se tratan con cuidado pueden romperse o despegarse, en cuyo caso el tratamiento sufrirá un retraso y el paciente deberá hacerse cargo de los gastos ocasionados.
- ♦ Se pueden producir úlceras o llagas, etc. (lesiones de tejidos blandos).
- ♦ Mayor sensibilidad en los dientes ó muelas sobre los que se apoya el aparato que desaparece normalmente de modo espontáneo.
- ♦ Riesgo de alergia a los materiales empleados que podría provocar su retirada y un eventual cambio en el plan de tratamiento, con posibles modificaciones de los costos, a cargo del paciente.
- ♦ Riesgo de que una deficiente higiene facilite la aparición de manchas blancas permanentes (descalcificaciones), caries dental o gingivitis (encías inflamadas). Se me ha explicado con toda claridad que durante el tratamiento debo de extremar las medidas higiénicas y evitar la ingesta frecuente de productos muy azucarados.
- ♦ Riesgo de que el desarrollo imprevisible de la erupción dentaria, el crecimiento de los maxilares o de respuesta de dientes o hueso a las fuerzas ortodóncicas obliguen a cambiar el plan de tratamiento, requiriendo en ocasiones extracciones de dientes definitivos para conseguir espacio y el alargamiento del tiempo de tratamiento.
- ♦ Algunos pacientes son más susceptibles a que se produzca la reabsorción (acortamiento) de la raíz de uno o varios dientes y/o muelas sometidos a fuerzas ortodóncicas. Este fenómeno es infrecuente, de etiología desconocida pero imprevisible. Habitualmente esto no tiene consecuencias apreciables , pero en ocasiones puede afectar la longevidad del diente e implicaría alterar el plan de tratamiento.
- ♦ Riesgo de molestias o dolor en la articulación témporo - mandibular debido a la modificación de la mordida. Estos problemas pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia y en gral. son debidos a factores previos predisponentes (hiperlaxitud ligamentosa, traumatismos previos, artrosis, artritis, bruxismo, stress, etc.) y malos hábitos.
- ♦ Riesgo de retracciones de la encía, no previsibles, debidas al efecto de los movimientos dentarios. También pueden aparecer agrandadas como consecuencia de la placa bacteriana.
- ♦ Los dientes incluidos tienen un tratamiento más complejo y sus resultados no se pueden asegurar. Existe la posibilidad que el diente incluido dañe la raíz de los dientes vecinos hasta en ocasiones, provocar su pérdida. En ocasiones el tratamiento falla por anquilosis dental (se pega el diente al hueso y no se puede mover) que es imposible diagnosticar previo al tratamiento y que conllevaría la necesidad de extraerlo y reponerlo (estas actuaciones corresponderían a su dentista).
- ♦ Existen riesgos que se produzcan modificaciones en los resultados conseguidos al finalizar el tratamiento; estos factores son difícilmente predecibles pero pueden ser paliados siguiendo las indicaciones dadas por el profesional, respecto a la utilización de contenedores y a los controles periódicos una vez terminado el tratamiento.

RECOMENDACIONES:

- Evite comer alimentos duros o comer a mordiscos una manzana, zanahoria, choclo, etc.
- Prohibido comer chicle, caramelos pegajosos, turrónes, etc.
- Se aconseja beber zumos de naranja y comer abundante fruta, así como aportes de vitamina D para facilitar el movimiento dental.
- No morder lapicera u otros cuerpos extraños (a la boca)

INDICACIONES:

- Extremar las medidas de higiene de la boca, los dientes y el aparato para evitar mayor exposición a las caries y a la enfermedad de las encías .
- Concurrir a cada una de las consultas para que el profesional realice las revisiones necesarias a los fines de evitar retraso del tratamiento.

OBSERVACIONES/Procedimientos alternativos/riesgo y beneficio con relación al tratamiento:

ABANDONO DEL TRATAMIENTO. Consecuencias de la NO realización o abandono del tratamiento de ortodoncia:

Tiempo estimado:(pudiendo superar éste según evolución del caso clínico)

He leído las instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento que me ha entregado el Dr./a....., y he comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento. La ortodoncia no es una ciencia exacta y, por ello ningún ortodoncista puede garantizar el éxito ni un resultado específico.

Asimismo, entiendo que la colocación del aparato no constituye el acto final del tratamiento, sino que es necesario un proceso de contención, por lo que me comprometo a regresar a la consulta odontológica cada vez que el profesional lo requiera.

Asentimiento: PIDO LO QUE QUIERO



SI QUIERO ATENDERME ☐



NO QUIERO ATENDERME ☐