

INFORMACIÓN DEL DOCTOR

FOLIO: _____ AR: _____ NC: _____

NOMBRE: _____

E-MAIL: _____ MOVIL: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

GÉNERO: M H FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) _____

SOLICITUD DE ESTUDIOS

PAQUETE DE ESTUDIOS

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA Y LATERAL DE CRÁNEO FOTOS INTRAORALES Y EXTRAORALES STL SUPERIOR, INFERIOR Y EN OCCLUSION

ARCADA A TRATAR

AMBAS ARCADAS ARCADA INFERIOR ARCADA SUPERIOR

TIPO DE TRATAMIENTO

TRATAMIENTO INICIAL REFINAMIENTO

TRATAMIENTO

SECCIÓN ANTERIOR

LÍNEA MEDIA	OVERBITE	OVERJET
<input type="checkbox"/> MANTENER	<input type="checkbox"/> MANTENER	<input type="checkbox"/> MANTENER
<input type="checkbox"/> AJUSTAR _____MM	<input type="checkbox"/> AJUSTAR _____MM	<input type="checkbox"/> AJUSTAR _____MM
<input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA	<input type="checkbox"/> DERECHA <input type="checkbox"/> IZQUIERDA

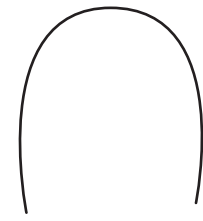
SECCIÓN POSTERIOR

ESPACIOS	ANCHO DE ARCADA	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR
<input type="checkbox"/> CERRAR TODOS LOS ESPACIOS	<input type="checkbox"/> EXPANDIR _____MM	<input type="checkbox"/> EXPANDIR _____MM
DEJAR ESPACIOS EN _____DE _____MM	<input type="checkbox"/> CONTRAER _____MM	<input type="checkbox"/> AJUSTAR _____MM

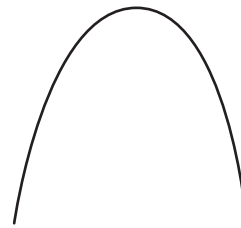
APIÑAMIENTO

<input type="checkbox"/> PROCLINAR MAXILAR	<input type="checkbox"/> EXPANDIR MAXILAR	<input type="checkbox"/> PROCLINAR MANDIBULAR	<input type="checkbox"/> EXPANDIR MAXILAR
AJUSTAR _____MM	AJUSTAR _____MM	AJUSTAR _____MM	AJUSTAR _____MM

FORMA DE ARCO



REDONDA



ARCO



OVOIDE

CLASE DESEADA

DERECHO

CLASE MOLAR

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

MEJOR AJUSTE

RELACIÓN CANINA

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

PRIORIZAR

- CLASE MOLAR
- RELACIÓN CANINA

IZQUIERDO

CLASE MOLAR

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

MEJOR AJUSTE

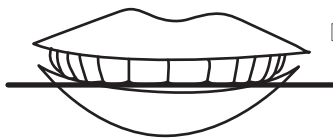
RELACIÓN CANINA

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

PRIORIZAR

- CLASE MOLAR
- RELACIÓN CANINA

ZONA ANTERIOR



PLANOS INCISALES RECTOS

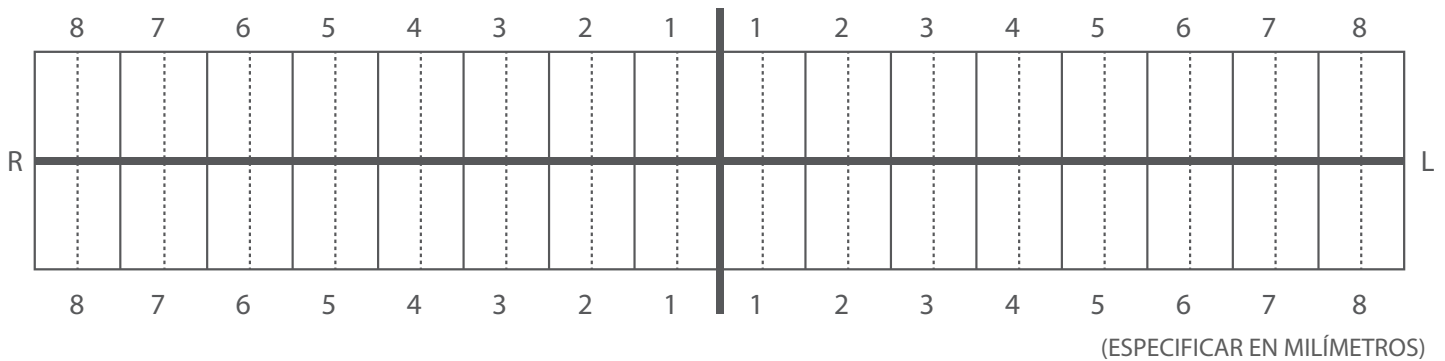


CURVA DE SONRISA

INSTRUCCIONES IPR

REQUIERE DE IPR (MARCAR EN EL DIAGRAMA)

NO REQUIERE IPR

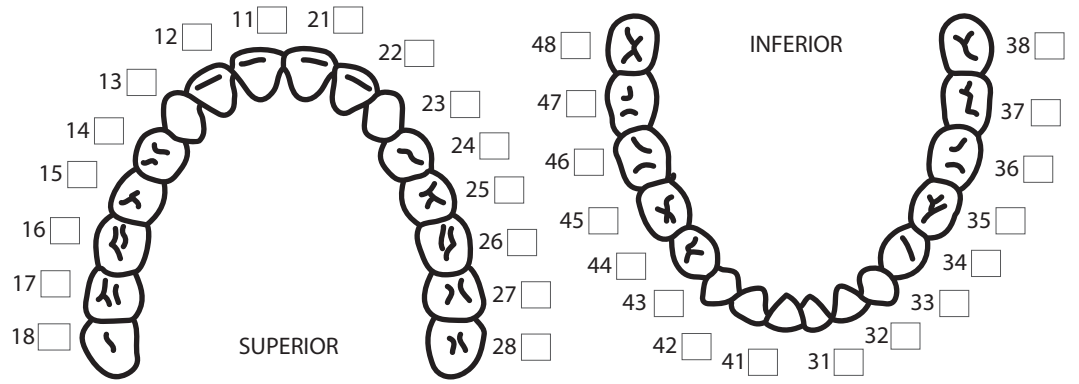


TORQUE

ANTERIOR ____ ° GRADOS

POSTERIOR ____ ° GRADOS

- OBTURACIÓN
- AUSENTE
- ★ CORONA O INCRUSTACIÓN
- ↔ PRÓTESIS FIJA
- ✱ DIENTE INCLUIDO
- ▲ ENDODONCIA REALIZADA
- ε EROSIÓN
- ✘ EXTRACCIÓN INDICADA
- ⋈ FRACTURA
- ≡ IMPLANTE
- ↑ PIEZA EN ERUPCIÓN
- / PIEZA A EXCLUIR



OBSERVACIONES

- 1) ESTA ES UNA SIMULACIÓN DE MOVIMIENTOS BASADA EN EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DEL ESPECIALISTA
- 2) LA REVISIÓN DEL SIMULADOR Y EL PLAN DE TRATAMIENTO LO ESTABLECERÁ EL ESPECIALISTA A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO.
- 3) ES RESPONSABILIDAD DEL ESPECIALISTA LA BIOMECÁNICA UTILIZADA DURANTE EL TRATAMIENTO Y EL RESULTADO DEL MISMO

INSTRUCCIONES ADICIONALES

(CON RESPECTO AL TRATAMIENTO)