

Ficha de alta de tratamiento de ortodoncia (adjuntar a la ficha odontológica)



Av. Córdoba 1345, piso 5º
Teléfono (+5411) 4815-0747

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
 Domicilio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____
 C.P.: _____ Tel.: _____ Afiliado N° _____
 Profesional: _____

Para el reconocimiento de las prácticas del capítulo VI debe completarse esta ficha en todos sus casos

Marque con una X lo que corresponda

CLASE DE ANGLE	Cl. II 1 div. 2 div.	Cl. I	Cl. III
Resalte	<input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Negativo mm.
Entrecruzamiento	<input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Negativo mm.
ANÁLISIS FACIAL			
Perfil Facial	<input type="checkbox"/> Convexo	<input type="checkbox"/> Recto	<input type="checkbox"/> Cóncavo
Tercio Facial inf.	<input type="checkbox"/> Disminuido	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Aumentado
Surco Facial	<input type="checkbox"/> Labio Mentoniano	<input type="checkbox"/> Papada	<input type="checkbox"/> Geniano
Relación Bilabial	<input type="checkbox"/> Separados	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Prof. Interior
ANÁLISIS FUNCIONAL			
Respiración:	<input type="checkbox"/> Bucal	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Nasal
Deglución:	<input type="checkbox"/> Atípica	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Buco nasal
Fonación:	<input type="checkbox"/> Dificultosa	<input type="checkbox"/> Normal	
A.T.M.	<input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal	
Trayectoria de cierre	<input type="checkbox"/> A. Distal	<input type="checkbox"/> Mesial	<input type="checkbox"/> Desviada Der. Izq.
Hábitos	<input type="checkbox"/> Mordida Invert. Lateral Der. Izq.		
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO			
Para código 06.02 con permanencia	<input type="checkbox"/> Supernumerarios	<input type="checkbox"/> Agenesias	<input type="checkbox"/> Persistencia
De d y c = Ubicación de germen corresp.			

CONTENCIÓN APARATOLOGÍA _____

INDICACIONES DE USO _____

DURACIÓN ESTIMADA DE LA CONTENCIÓN _____

FECHA: _____ / _____ / _____

FIRMA AUDITORÍA: _____

FIRMO EN CONFORMIDAD POR LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO REALIZADO DE MI HIJO/A OBLIGÁNDOME
AL CONTROL DEL USO DE LA APARTOLOGÍA DE CONTENCIÓN

FIRMA DEL AFILIADO Y ACLARACIÓN