

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



Av. Córdoba 1345, piso 5°
Teléfono (+54 11) 4815-0747

Apellido y Nombres: _____

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	CI. II 1 div. 2 div.	CI. I	CI. III
Resalte	☐ Aumentado	☐ Normal	☐ Negativo mm.
Entrecruzamiento	☐ Aumentado	☐ Normal	☐ Negativo mm.
Índice de Monners	☐ Aumentado	☐ Normal	☐ Negativo mm.
ANÁLISIS FACIAL			
Perfil Facial	☐ Convexo	☐ Recto	☐ Cóncavo
Tercio Facial inf.	☐ Disminuido	☐ Normal	☐ Aumentado
Surco Facial	☐ Labio Mentoniano	☐ Papada	☐ Geniano
Relación Bilabial	☐ Separados	☐ Normal	☐ Pro. Inferior
ANÁLISIS FUNCIONAL			
Respiración:	☐ Bucal	☐ Nasal	☐ Buco nasal
Deglución:	☐ Atípica	☐ Normal	☐ Baja Alta
Fonación:	☐ Dificultosa	☐ Normal	
A.T.M.	☐ Anormal	☐ Normal	
Trayectoria de cierre	☐ A. Distal	☐ Mesial	☐ Desviada Der. Izq.
Hábitos	☐ Mordida Invert. Lateral Der. Izq.		
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO			
Para código 06.02 con permanencia	☐ Supernumerarios	☐ Agenesias	☐ Persistencia
De d y c = Ubicación de germen corresp.			
DIAGNÓSTICO CEFALOMÉTRICO			
Predicción de Crecimiento	☐ Convexo	☐ Divergente	☐ Paralelo

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO: _____

TIPO DE APARATOLOGÍA: _____

DURACIÓN ESTIMADA DEL TRATAMIENTO: _____

PRONÓSTICO PLAN DE TRATAMIENTO (ETAPAS): _____

CÓDIGO QUE SE SOLICITA: _____

_____	_____	_____/_____/_____
FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA AUDITORÍA	FECHA

POR LA PRESENTE DECLARO CONOCER LA REGLAMENTACIÓN CORRESPONDIENTE AL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.

FIRMA DEL AFILIADO Y ACLARACIÓN