



2018

Nº .....

**DATOS FILIATORIOS**

Apellido y Nombre..... DNI.....

Fecha de Nacimiento...../...../..... Lugar de Nacimiento.....

Nacionalidad.....

Edad.....Sexo F  M

Dirección..... N°.....

Apellido y Nombre Madre:..... Edad:..... Tel: .....

Dirección: ..... Mail:.....

Apellido y Nombre Padre:..... Edad:..... Tel: .....

Dirección: ..... Mail:.....

Tutor o Encargado: ..... Edad: ..... Tel: .....

Dirección: ..... Mail: .....

Ocupación Padre:..... Madre:..... Tutor: .....

Hermanos si  no  (marque con x donde corresponda) ¿cuántos?

Escolaridad (sala/grado)..... Escuela:.....

Obra social: si  no  ¿Cuál?..... N°de Afiliado:.....

Cobertura odontológica: si  no

Centro de atención: Privado  ¿Cuál?.....  
Público  ¿Cuál? .....

**MOTIVO DE LA CONSULTA:**

.....

.....

.....

**GENOGRAMA/FAMILIGRAMA** (fecha.....)

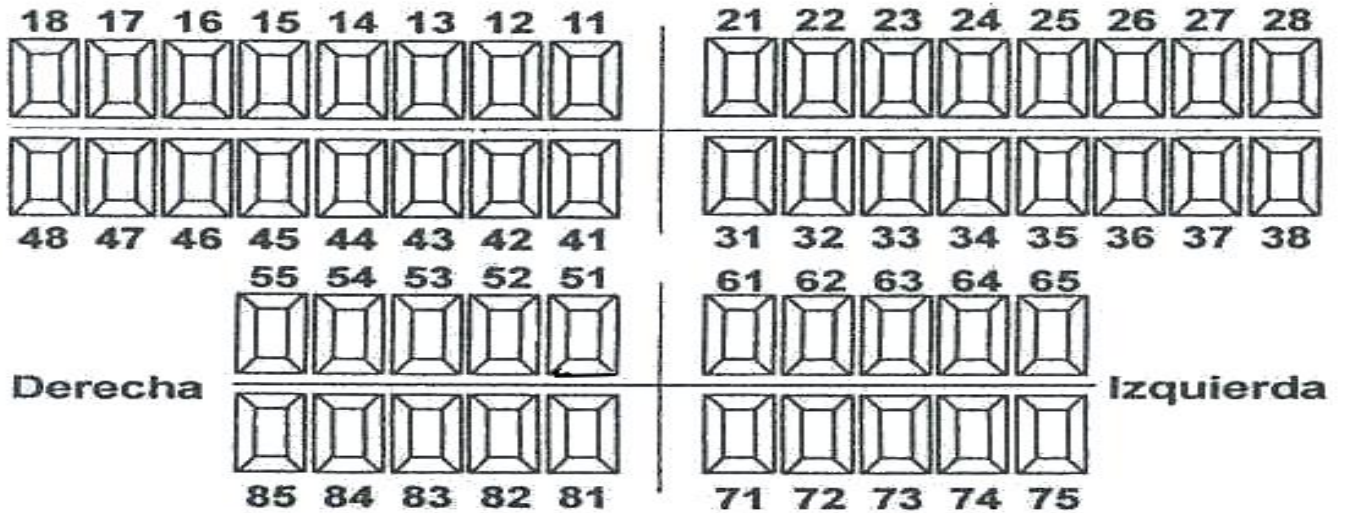
**ANTECEDENTES PERSONALES DEL NIÑO** (marque con x donde corresponda)

				<u>OBSERVACIONES</u>
Embarazo	Normal			
	Patológico			
Parto	Normal			
	Cesárea			
Nacimiento	A termino			
	Prematuro			
Lactancia	Materna			Duración
	Artificial			
Destete	Fácil			Edad en meses
	Difícil			
Enfermedades	Hereditarias			¿Toma alguna medicación? ¿Cuál?
	Congénitas			
	Adquiridas			
	Infecciosas			
	Alérgicas			
	Desórdenes Endócrinos			
	Cardíacas			
	Renales			
	Diabetes			
Otras				
Intervenciones Quirúrgicas	si		no	¿Cuál?
Internaciones	si		no	Motivo

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES**(marque con x donde corresponda)

						<u>OBSERVACIONES</u>
Diabetes	Si		No			¿Quién?
Alergia	Si		No			
Hipertensión	Si		No			
Otros	Si		No			

**EXAMEN CLINICO**



**Referencias:**

- Azul: trabajo a realizar
- Rojo: trabajo realizado
- NP: caries no penetrante
- MB: Mancha Blanca
- = extracción indicada
- X extracción realizada
- Δ: sellador
- O: corona
- Fd: Fractura dentaria

Total de dientes temporarios en boca:	Recuperable a sanos:
Total de dientes permanentes en boca:	
Boca sin experiencia de caries	
Boca sana	
Boca con caries activas	

<b>DENTICION</b>			
Temporaria		Permanente	Mixta

<b>SALIVA</b>	
Calcio	mg/dl.
Fósforo	mg/dl.
Proteínas	mg/ml
Flúor	mg/L
PH	
Capacidad buffer:	Mala
	Regular
	Buena

<b>SALIVA</b>	
Bicarbonato	mg.
Glucosa	mg/dl.
Amilasa salival	UI/L

**Inicial Fecha:**

Elemento dentario	Índice de placa				Índice gingival			
	D	V	M	L	D	V	M	L
55								
51								
65								
75								
81								
84								
Total								

**1°Control Fecha:**

Elemento dentario	Índice de placa				Índice gingival			
	D	V	M	L	D	V	M	L
55								
51								
65								
75								
81								
84								
Total								

**2° Control Fecha:**

Elemento dentario	Índice de placa				Índice gingival			
	D	V	M	L	D	V	M	L
55								
51								
65								
75								
81								
84								
Total								

**Referencias:**

**I Gingival:** 0 = Ausencia de inflamación 1 = Inflamación Leve  
2 = Inflamación Moderada 3 = Inflamación Grave

**I Placa:** 0 = Ausencia de Placa  
1 = Placa no visible pero se extrae con sonda  
2 = Placa observable a simple vista, en el área gingival  
3 = Placa abundante en la zona incluyendo al diente vecino

**Índice de O'Leary**

Inicial	%	Fecha	/	/
---------	---	-------	---	---

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1° Control	%	Fecha	/	/
------------	---	-------	---	---

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

2° Control	%	Fecha	/	/
------------	---	-------	---	---

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

<b>INDICES (Resultados)</b>	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Índice de Placa Bacteriana de Løe y Silness			
Índice de Placa Bacteriana de O'Leary			
Índice Gingival			

**EXAMEN BUCAL**

<b>EXAMEN BUCAL</b>												
<b>LABIOS</b>												
Normales	SI		NO		Cortos	SI		NO		Hipotónicos	SI	NO
Hipertónicos	SI		NO		Agrietados	SI		NO		Queilitis Angular	SI	NO
Herpes	SI		NO									
<b>FRENILLO LABIAL</b>												
<b>SUPERIOR</b>												
Normal	SI		NO		Corto	SI		NO		Tenso	SI	NO
<b>INFERIOR</b>												
Normal	SI		NO		Corto	SI		NO		Tenso	SI	NO
<b>FRENILLO LINGUAL (Anexo N°5)</b>												
<b>SUPERIOR</b>												
Normal	SI		NO		Corto	SI		NO		Tenso	SI	NO
<b>INFERIOR</b>												
Normal	SI		NO		Corto	SI		NO		Tenso	SI	NO
<b>LENGUA</b>												
Normal	SI		NO		Tipo:							
<b>MUCOSA</b>												
Normal	SI		NO		Lesiones:							

<b>TEJIDOS DUROS</b>												
<b>ANOMALIAS DE NUMERO</b>												
Supernumerarios	SI		NO		¿En qué lugar?							
Agenesias	SI		NO		¿En qué lugar?							
<b>ANOMALIAS ESTRUCTURALES</b>												
Pigmentación	SI		NO		Hipocalcificación	SI		NO				
Hipoplasia	SI		NO		Amelogénesis imperfecta	SI		NO				
<b>ANOMALIAS DE FORMA</b>												
Dientes conoides	SI		NO		Germinados	SI		NO		Fusionados	SI	NO

<b>TRAUMATISMO DENTARIOS</b>												
	SI		NO		¿Tipo?							
Tratamiento recibido												

**ANALISIS FUNCIONALES**

<b>DEGLUCION</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Funcional:	SI		NO		
Disfuncional:	SI		NO		
<b>FONACION</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Normal	SI		NO		
Dificultosa	SI		NO		

<b>RESPIRACION</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Nasal	SI		NO		
Bucal	SI		NO		
Diurna	SI		NO		
Nocturna	SI		NO		

<b>LABIOS</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Competentes	SI		NO		
Incompetentes	SI		NO		

**EXÁMEN FACIAL DE FRENTE**

<b>TERCIO FACIALES HORIZONTALES</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Equilibrados	SI		NO		
Aumentados	SI		NO		
Disminuidos	SI		NO		

<b>TERCIO FACIAL INFERIOR</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Equilibrados	SI		NO		
Aumentados	SI		NO		
Disminuidos	SI		NO		

<b>QUINTOS FACIALES INFERIORES</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Equilibrados	SI		NO		
Aumentados	SI		NO		
Disminuidos	SI		NO		
Simétricos	SI		NO		
Asimétricos	SI		NO		
Derecho	SI		NO		
Izquierdo	SI		NO		

**EXÁMEN FACIAL DE PERFIL**

<b>EXAMEN FACIAL DE PERFIL - PERFIL FACIAL</b>					<b>OBSERVACIONES</b>
Recto	SI		NO		
Cóncavo	SI		NO		
Convexo	SI		NO		

Marque con una cruz según corresponda						<u>OBSERVACIONES</u>
<b>Hábitos</b>	Biberón nocturno	<input type="checkbox"/>	Chupete con miel	<input type="checkbox"/>	otros	
	Chupete	<input type="checkbox"/>	Succión Dedo	<input type="checkbox"/>		
<b>Cepillado</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
<b>Cepillado antes de acostarse</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
<b>Hilo dental</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>		
<b>Pasta dental</b>	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Cuál?	



2018

CARRERA DE ODONTOLOGIA- FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CORDOBA

***CATEDRA INTEGRAL PEDIATRICA Y DEL ADOLESCENTE***

**TRATAMIENTO REALIZADO**

**Fecha**

**Actividades**

**Firma del Padre/Tutor**