

ANEXO ODONTOPEDIATRIA

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

O. Social: F.Nac.
 Nacionalidad.....Nº de Doc..... Tel.....
 Domicilio (calle, núm., barrio, localidad):
 Peso:..... Talla:..... Edad:..... años..... meses.....
 Grado escolar:
 Motivo de la consulta:

 Actitud del niño:
 Actitud de los padres:
 Médico actuante: Tel.:
 Domicilio: Centro Asistencial:

GENOGRAMA

IRN (insuficiente respiración nasal) SI ☐ NO ☐
 Fonación Correcta ☐ Incorrecta ☐

**EXAMEN BUCAL
TEJIDOS BLANDOS**

LABIOS: Competentes:
 Incompetentes:
 Lesiones:
 FRENILLOS:Normal ☐ Anormal ☐
 MUCOSA: Lesiones:
 TEJIDO GINGIVAL:
 LENGUA: Normal ☐
 Macroglosia ☐
 Geográfica ☐
 Escrotal ☐
 Glositis ☐

Observaciones:

EMBARAZO Normal SI ☐ NO ☐
 NACIMIENTO A término ☐ Prematuro ☐ Post-término ☐
 PARTO Normal ☐ Césarea ☐ Fórceps ☐

ALIMENTACION DEL RECIEN NACIDO

Natural ☐ hasta cuando?.....
 Artificial ☐ hasta cuando?.....

NUTRICION Y DIETA

Comienzo de la alimentación mixta:
 Dieta actual del niño
 Completa ☐ Incompleta ☐ por qué?.....

 Momentos de azúcar.....
 Qué tipo de azúcar consume?.....

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS

Tuvo experiencia odontológica previa? SI ☐ NO ☐
 Recibió información de medidas preventivas? SI ☐ NO ☐
 Han seguido las instrucciones y medidas impartidas
 por su odontólogo? SI ☐ NO ☐
 Por qué?.....
 Usa pasta dentífrica? SI ☐ NO ☐ cuál?.....
 Cuántas veces se cepilla al día? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐
 Usa otro elemento de higiene oral? SI ☐ NO ☐
 cuál?.....
 Recibió baño de flúor? SI ☐ NO ☐ frecuencia?.....

HABITOS

Succión: chupete SI ☐ NO ☐
 cuándo?.....hasta qué edad?
 Digital SI ☐ NO ☐ hasta qué edad?
 Mamadera SI ☐ NO ☐ hasta qué edad?
 Otros objetos SI ☐ NO ☐ cuáles?
 Deglución atípica SI ☐ NO ☐
 Interposición lingual SI ☐ NO ☐

TEJIDOS DUROS

TIPO DE DENTICION: Primaria ☐ Mixta ☐ Permanente ☐

Anomalías de Número

Supernumerarios ☐
 Agenesias ☐

Anomalías de Tamaño

Macrodoncia ☐
 Microdoncia ☐

Anomalías de la Estructura

Hipoplasia ☐
 Hipocalcificación ☐
 Pigment. Endógena ☐
 Pigment. Exógena ☐

Anomalías de Forma

Dientes Fusiónados ☐
 Dientes Germinados ☐
 Dientes Conoides ☐
 Otros ☐

LESIONES ADQUIRIDAS DE LOS TEJIDOS DUROS:

traumatismos dentarios SI ☐ NO ☐ cuál?.....

Temporarios*Derecha*

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

*Izquierda***Permanentes**

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

REFERENCIAS

ROJO: Trabajos realizados

AZUL: Trabajos a realizar

△ : SELLADOR

○ : CORONAS

X : elemento a extraer, extraído
ó ausente

T : elemento traumatizado

DIAGNOSTICO*:

.....

.....

.....

.....

.....

* El diagnóstico incluye derivación a:

PLAN DE TRATAMIENTO PRESUNTIVO:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Aparatología requerida:

.....

.....

Observaciones:

.....

Firma del representante legal

Aclaración

DNI

Firma y sello del Profesional