

CHANGE YOUR SMILE

ESTHETIC AND IMPLANT DENTISTRY

KYONOBU TAKIZAWA
C.D.E.P. REHABILITACIÓN ORAL E IMPLANTOLOGÍA

Cédula Profesional:
8894561

LA SIGUIENTE INFORMACION ES INDISPENSABLE PARA HACER UN DIAGNOSTICO
Y OFRECER EL TRATAMIENTO INDICADO A SU CONDICION DE SALUD
Esta información será confidencial

ALERTA MÉDICA

Fecha: _____

Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Ocupación: _____	Estado Civil _____	
Fecha de Nacimiento _____ <small>Día/Mes/Año</small>	Edad: _____	
Domicilio part.: _____	<small>calle colonia/ciudad/estado/código postal</small>	
Teléfono: _____	Celular: _____	Correo Electrónico _____
Empresa donde trabaja / escuela: _____		
Puesto que ocupa / grado que cursa: _____		
Dirección: _____	<small>calle/colonia/ciudad/estado/código postal</small>	
Nombre de su esposo(a): _____		
Ocupación de su esposo(a): _____		
Teléfono: _____	Celular: _____	No. de personas que dependen de mi: _____
Nombre de mi médico: _____		Teléfono: _____
Nombre de mi dentista: _____		Teléfono: _____
Mi último tratamiento dental fue: _____ <small>Fecha</small>		
Persona responsable de pago de honorarios del tratamiento: _____		
Dirección: _____		Teléfono: _____
RFC: _____		
A quien agradecemos su referencia: _____		
MOTIVOS DE ESTA CONSULTA: _____		

Menor de edad es necesario firma del padre/madre o tutores.

Nombre

Firma

Como considera su estado de salud general: Buena Regular Mala
 De salud bucal: Buena Regular Mala
 Esta Ud. bajo algún tratamiento médico actualmente:
 No Si Cual?
 ¿Cuándo fue su último tratamiento médico?

Esta tomando alguno de estos medicamentos

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibióticos o sulfas | <input type="checkbox"/> Nitroglicerina |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulantes | <input type="checkbox"/> Hormonas |
| <input type="checkbox"/> Aspirinas u otro analgésico | <input type="checkbox"/> Vitaminas |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para la presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes |
| <input type="checkbox"/> Cortisona - esteroides | <input type="checkbox"/> Marihuana o algún otro |
| <input type="checkbox"/> Insulina, tolbutamida | <input type="checkbox"/> Medicamentos naturistas |
| <input type="checkbox"/> Derivados de digital | <input type="checkbox"/> Otros |

Ha bajado o subido de peso últimamente: Si No
 Ha tenido reacción a la anestesia dental: Si No
 Ha tenido reacción algún medicamento: Si No
 Describa: _____

¿Que acostumbra Ud. tomar para dolores de cabeza o algún otro dolor?
 Lista de medicamentos

Nombre	Dosis	¿Cuantas Veces al día?

Marque en el recuadro a las siguientes enfermedades que padezca:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta | <input type="checkbox"/> Artritis (reuma o hinchazones en articulaciones) |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea baja | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Gastritis |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Úlcera gastrointestinal |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hernia hiatal |
| <input type="checkbox"/> Problemas del riñón | <input type="checkbox"/> Reflujo esofágico |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Tos persistente | |

P.A: Primera Cita: _____ 2ª Cita: _____ Otras: _____

- ¿Ha tenido convulsiones o ataques?
- ¿Se ha encontrado alguna vez en un tratamiento psicológico o psiquiátrico?
- ¿Tiene tendencia a desmayarse?
- ¿Se cansa fácilmente al subir escaleras?
- ¿Ha tenido sangrado excesivo alguna vez?
- ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?
- ¿Ha recibido tratamiento de radiación o quimioterapia?
- ¿Fuma Ud.? _____ ¿Cuántos cigarrillos al día? _____ ¿Desde cuando? _____
- Toma Ud. bebidas alcohólicas _____ ¿con qué frecuencia? _____

Tiene algún dolor en su boca en este momento.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	Donde _____		
Ha recibido tratamiento en sus encías	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	Quando _____		
Ha tenido sus encías inflamadas, o con postemillas:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Sangran sus encías:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Ha notado mal aliento y sabor en su boca:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Acostumbra a respirar frecuentemente por su boca:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Padece frecuentemente de aftas o ulceraciones en su boca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Tiene dientes sensibles al calor, frío o lo dulce:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	¿Cual? _____		
Tiene usted dientes flojos:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	¿Cual? _____		
Se le han separado sus dientes últimamente:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Ha tenido ortodoncia para enderezar sus dientes:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Le agrada a usted la apariencia de su boca:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	Porque _____		
Se ha sentido más tensionado últimamente:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	Porque _____		
Ha notado si con frecuencia aprieta o rechinan sus dientes:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconoce <input type="checkbox"/>
Mastica usted con todos sus dientes:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	Porque _____		
Tiene dientes que están más sensibles al morder o presionar:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Le afectaría a usted si tuviera que perder sus dientes	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Cepilla sus dientes por lo menos dos veces al día.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Utiliza hilo dental, palillos dentales, irrigadores de agua	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
	¿Cual? _____		
Ha tenido usted malas experiencias con algún dentista:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Sabe usted SI forma sarro o placa dentobacteriana rápidamente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Acostumbra usted a desayunar, comer y cenar:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Cual no: _____
Esta o ha estado usted en alguna dieta:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Motivo: _____

DAMAS SOLAMENTE

Esta usted embarazada:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Lo desconozco <input type="checkbox"/>
Espera usted embarazarse pronto:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Esta usted amamantando:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Ha tenido algún aborto:

SI NO

Ha tenido problemas con su período menstrual:

SI NO

Esta usted o ha pasado su menopausia "cambio de vida":

SI NO

Ha tenido histerectomía o alguna otra cirugía ginecología:

SI NO

Toma usted píldoras anticonceptivas u hormonas:

SI NO

Lo desconozco

Cual: _____

Tiene usted alguna enfermedad, condición o problema que no este en esta lista y que crea usted que debiéramos conocer.

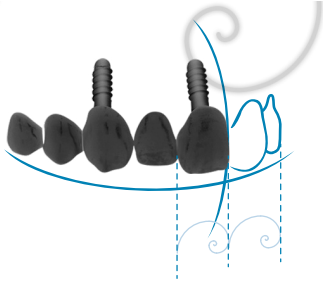
Por favor escríbalo:

Hasta donde yo conozco todas las preguntas anteriores las he contestado con la verdad y son ciertas. Si hay algún cambio me hago responsable de informar al Doctor.

Nombre

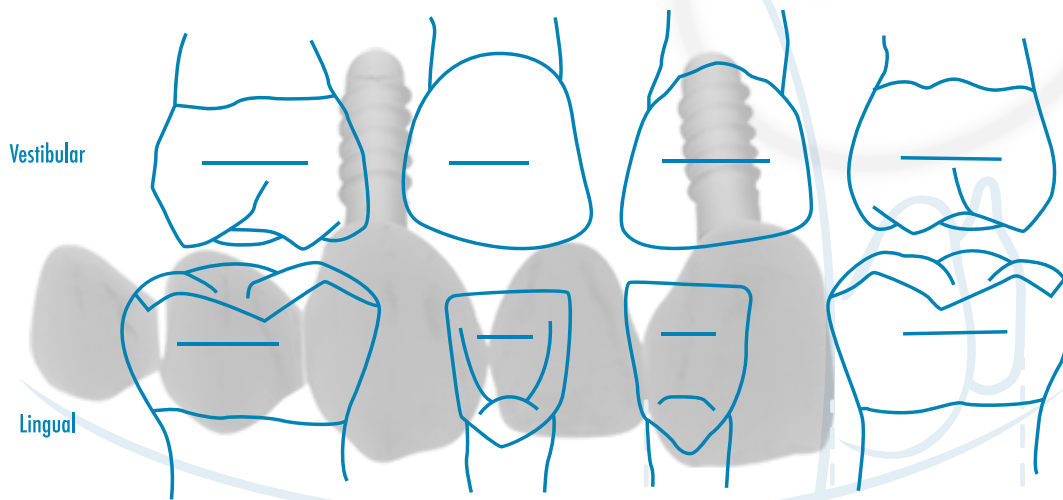
Firma

Fecha: _____



INDICE DE PLACA MODIFICADO POR TURESKY

- 0 = No Placa
- 1 = Manchas separadas de placa en el margen cervical del diente.
- 2 = Una banda delgada continua de placa (mayor de 1 mm) en el margen cervical del diente.
- 3 = Una banda de placa mayor de 1mm. Pero cubre menos de un tercio de la corona del diente.
- 4 = Placa cubriendo un tercio pero menos de dos tercios de la corona del diente.
- 5 = Placa cubriendo dos tercios o más de la corona del diente.



1ª Medición

Suma
Promedio

Fecha

2ª Medición

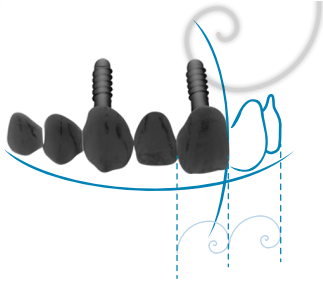
Suma
Promedio

Fecha

3ª Medición

Suma
Promedio

Fecha



EVALUACIÓN CLÍNICA

Análisis Facial

Tipo de Cara	Dolicocéfalo	Normocéfalo	Braquicéfalo
Perfil	Cóncavo	Normal	Convexo
Sonrisa	Baja	Normal	Alta

Examen Oral

Dinámica dentomuscular	Débil	Normal	Fuerte
Tamaño lengua	Normal	Promedio	Grande
Estado general ATM	テキスト Asintomático	Incipiente	Disfunción
Forma de arco	Triangular	Ovoide	Cuadrado
Línea media	Normal	Desv. Der	Desv. Izq
Plano oclusal	Favorable	Adecuado	Inadecuado
Rehabilitación existente	Favorable	Adecuado	Inadecuado
Dientes pilares existentes	Favorable	Adecuado	Inadecuado

Hábitos

Bruxismo	No	Ocasional	Frecuente
Apretamiento	No	Ocasional	Frecuente
Hábito de lengua	No	Si	
Hábitos Orales	No	Si, describa:	

Análisis de Oclusión

Clasificación Angle		Tipo de mordida anterior:	
Derecha	Izquierda	Overbite:	Overjet:
Facetas de Desgaste:		Fremitus:	

CONTACTOS PREMATUROS

Oclusión Céntrica	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Lateralidad derecha	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Lateralidad izquierda	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Protrusión	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

PLAN DE TRATAMIENTO PERIODONTAL

1. Fase sistémica

2. Fase higiénica

3. Fase correctiva planeada

Autorización tratamiento:

Paciente: _____

Fecha: _____

4. Reevaluación

Autorización inicio tratamiento quirúrgico:

Paciente: _____

Fecha: _____

TX. CASO

TX. AISLADO

