

**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**

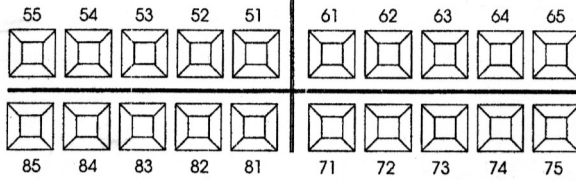
Dientes Fusionados  .....  
 Dientes Germinados  .....  
 Dientes Conoides  .....  
 Otros  .....

**LESIONES ADQUIRIDAS DE LOS TEJIDOS DUROS:**

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

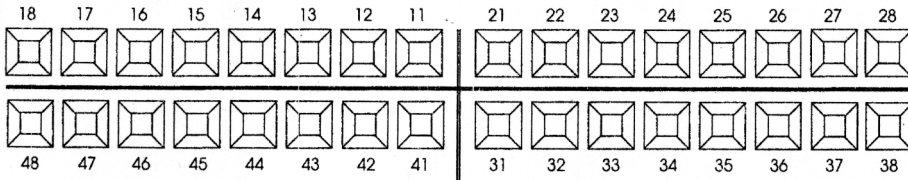
Temporarios

Derecha



Izquierda

Permanentes



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: .....

.....