

INFORMACIÓN DEL DOCTOR

EXPEDIENTE NO. _____

NOMBRE: _____

E-MAIL: _____ SKYPE: _____

TEL CONSULTORIO: _____ TEAMVIEWER: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

GÉNERO: M H FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) _____

FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO (DD/MM/AAAA) _____ CEL: _____

SOLICITUD DE ESTUDIOS

PAQUETE DE ESTUDIOS

LATERAL DE CRÁNEO, TRAZADO CEFALOMÉTRICO Y ORTOPANTOMOGRFÍA
FOTOS, MODELOS DIGITALES, ANÁLISIS DE MODELOS, VISOR ARCAD, ALIGNER

ARCADA A TRATAR

AMBAS ARCADAS ARCADA INFERIOR ARCADA SUPERIOR

TRATAMIENTO

SECCIÓN ANTERIOR

LÍNEA MEDIA	OVERBITE	OVERJET
<input type="checkbox"/> CENTRAR	<input type="checkbox"/> MANTENER	<input type="checkbox"/> MANTENER
<input type="checkbox"/> MANTENER	<input type="checkbox"/> MEJORAR	<input type="checkbox"/> MEJORAR
<input type="checkbox"/> MEJORAR		

SECCIÓN POSTERIOR

ESPACIOS	ANCHO DE ARCADA
<input type="checkbox"/> CERRAR TODOS LOS ESPACIOS	<input type="checkbox"/> EXPANDIR
DEJAR ESPACIOS EN _____	<input type="checkbox"/> CONTRAER

APIÑAMIENTO

<input type="checkbox"/> PROCLINAR MAXILAR	<input type="checkbox"/> PROCLINAR MANDIBULAR
<input type="checkbox"/> EXPANDIR MAXILAR	<input type="checkbox"/> EXPANDIR MANDIBULAR

CLASE DESEADA

CLASE MOLAR

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

RELACIÓN CANINA

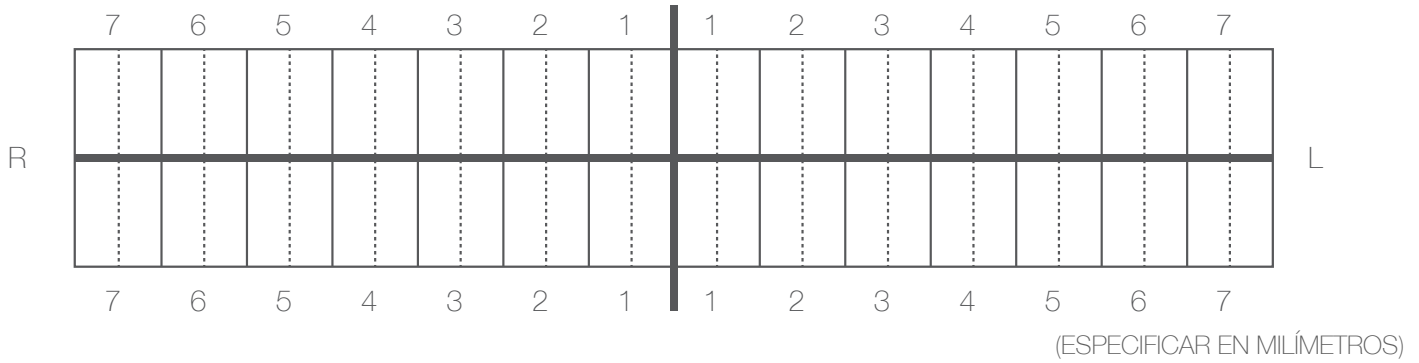
- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

NOTAS ADICIONALES:

INSTRUCCIONES IPR

REQUIERE DE IPR (MARCAR EN EL DIAGRAMA)

NO REQUIERE IPR



EXTRACCIONES

	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7
MARCAR DIENTE A EXTRAER	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7
	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7
MARCAR PIEZA QUE LLEVA ATACHE	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7
	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7
MARCAR PIEZA EXCLUIDA DEL TRATAMIENTO	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7
	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7

OBSERVACIONES

- 1) ESTA ES UNA SIMULACIÓN DE MOVIMIENTOS BASADA EN EL DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO DEL ESPECIALISTA
- 2) LA REVISIÓN DEL SIMULADOR Y EL PLAN DE TRATAMIENTO LO ESTABLECERÁ EL ESPECIALISTA A PARTIR DE SU DIAGNÓSTICO.
- 3) ES RESPONSABILIDAD DEL ESPECIALISTA LA BIOMECÁNICA UTILIZADA DURANTE EL TRATAMIENTO Y EL RESULTADO DEL MISMO

INSTRUCCIONES ADICIONALES

(CON RESPECTO AL TRATAMIENTO)

NOMBRE Y FIRMA DEL DOCTOR