

**INFORMACIÓN DEL DOCTOR**

EXPEDIENTE NO. \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ MOVIL: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

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

**SOLICITUD DE ESTUDIOS**

**PAQUETE DE ESTUDIOS**

LATERAL DE CRÁNEO, TRAZADO CEFALOMÉTRICO Y ORTOPANTOMOGRFÍA  
FOTOS, MODELOS DIGITALES (STL) Y ANÁLISIS DE MODELOS.

**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	MORDIDA CRUZADA POSTERIOR
<input type="checkbox"/> CERRAR TODOS LOS ESPACIOS	<input type="checkbox"/> EXPANDIR <input type="checkbox"/> MANTENER	<input type="checkbox"/> MANTENER
DEJAR ESPACIOS EN _____	<input type="checkbox"/> CONTRAER	<input type="checkbox"/> MEJORAR

**APIÑAMIENTO**

PROCLINAR MAXILAR  PROCLINAR MANDIBULAR  
 EXPANDIR MAXILAR  EXPANDIR MANDIBULAR

**CLASE DESEADA**

**CLASE MOLAR**

- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

**RELACIÓN CANINA**

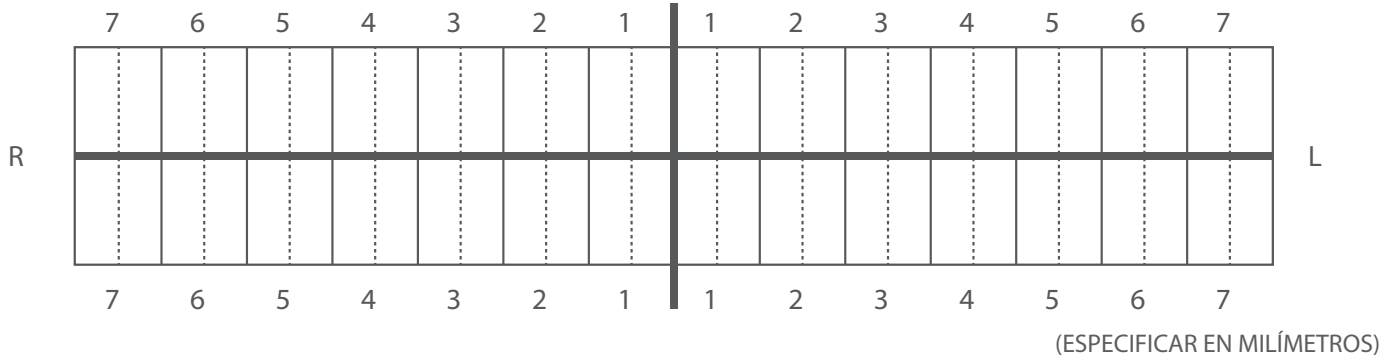
- CLASE I
- CLASE II
- CLASE III

NOTAS ADICIONALES:

**INSTRUCCIONES IPR**

REQUIERE DE IPR (MARCAR EN EL DIAGRAMA)

NO REQUIERE IPR



**EXTRACCIONES**

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 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