

FICHA DE EVALUACION ODONTOLOGICA PARA DISFUNCIONES DE ATM

DATOS PERSONALES

N° DE AFILIADO.....

NOMBRE Y APELLIDOS:.....EDAD.....

DOMICILIO:.....TEL.....

OCUPACION.....FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO.....

ANAMNESIS:

HABITOS COTIDIANOS.....

ADICCIONES:

-BEBE.....-FUMA.....-SUSTANCIAS TOXICAS.....

MEDICAMENTOS QUE UTILIZA HABITUALMENTE:.....

COMIENZO DE LA SINTOMATOLOGIA (EN MESES).....

CAUSA DISPARADORA:

-PRESENTE.....-AUSENTE.....-INSIDIOSO.....

DOLOR

-PRESENTE.....-AUSENTE.....

CARACTERISTICAS

-AGUDO.....-CRONICO.....-LOCALIZADO.....-DIFUSO.....

LOCALIZACION:

APERTURA:.....

CIERRE:.....

REPOSO:.....

LATERALIDAD

DERECHO.....-IZQUIERDO.....

ANEXOS DE LA PATOLOGIA

-CEFALEAS.....-CERVICALES.....-NEURALGIAS.....

-OIDO.....-ACUFENOS.....-OTROS.....

PESO.....ALTURA.....

BIOTIPO

NORMOLINEO.....LONGILEO.....-BREVILINEO.....

SONRIENTE.....ADENOIDEA.....INEXPRESIVA.....

ANSIOSA.....SIMETRICA.....ASIMETRICA.....

NARIZ

PERMEABLE.....BLOQUEO NASAL.....ALETEO NASAL.....

BOCA

RESPIRADOR BUCAL.....SED DE AIRE.....

SOPLADOR CONTINUO.....RONCADOR.....

MANDIBULA

ADELANTADA.....RETRASADA.....

COLUMNA VERTEBRAL

CERVICAL.....NORMAL.....RECTIFICADA.....

CIFOTICA.....LORDICA.....

APERTURA

NORMAL.....REDUCIDA.....EXAGERADA.....

LATERALIDAD IZQUIERDA

NORMAL.....REDUCIDA.....EXAGERADA.....

LATERALIDAD DERECHA

NORMAL.....REDUCIDA.....EXAGERADA.....

ANTE RETROPULSION

NORMAL.....REDUCIDA.....EXAGERADA.....

RESALTO ARTICULAR.....CHASQUIDOS.....CREPITACION.....

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- Ortopantomografía.....
- Fisioterapia.....
- Kinesioterapia.....

PLACA DE RELAJACION.....

OBSERVACION.....

.....

.....

.....

RX:

CD.....

.....

CI.....

.....
AUDITORIA ODONTOLOGICA

.....
**FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL**

FECHA.....

OBS:.....

.....
.....