

FICHA CLINICA ADULTO Y ADULTO MAYOR (V año)  
FICHA CLINICA ADULTO (IV año)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alumno: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: M / F

Edad \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Comuna: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

**ANAMNESIS GENERAL**

**I Antecedentes mórbidos.**

**A. Personal:**

Actualmente está siendo tratado por un médico

SI

NO .

De ser SI, indique motivo:.....

Presenta alguna enfermedad

SI

NO

Cuál(es) ?.....

-Toma algún medicamento actualmente

SI

NO

FARMACO	DOSIS

-Propenso a hemorragias después de cortarse o hacerse heridas

SI

NO

-Alérgico o presenta reacción anormal a drogas o medicamentos? SI  NO

Indique

.....

-Enfermedades o condiciones graves que ha tenido

ENFERMEDAD	SI	NO	ENFERMEDAD	SI	NO
Diabetes tipo I - tipo II			Depresión		
Enfermedad Parkinson			Hiposalivación		
Epilepsia			A.V.E		
Osteoporosis			Hipertensión		
Artrosis			Cáncer		
Artritis			Otras		

Comentarios:.....

.....

**II Antecedentes Quirúrgicos.**

Ha sido hospitalizado o sometido a intervención quirúrgica SI  NO

CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN	Año

Comentarios:.....

.....

**B Familiar:**

Causa de muerte de su: (Edad Aprox)

Padre.....

Madre.....

Hermanos.....

## II Antecedentes nutricionales

ALIMENTOS	CONSUME	NO CONSUME	RACIONES DIARIAS	RACIONES SEMANALES
Hidratos de carbono (pan, tallarines, cereales.)				
Carnes				
Lácteos				
Frutas				
Verduras				
Azúcares				
Aceites y grasas				

Comentarios:.....

-Frecuencia alimentación diaria      1       2       3       4

-Ingiere alimentos      Blandos       Mixtos

## III Otros antecedentes

-Fumador      SI       NO       Dejó de fumar

Cigarros diarios: \_\_\_\_\_

-Parafunciones      Onicofagia       Aprieta los dientes       Muerde objetos   
(comer uñas)

-Ingiere alcohol      SI       NO

Frecuencia diaria      A veces       Moderadamente       Excesivo

-Actitud del paciente      Optimista       Pasiva       Pesimista

## ANAMNESIS ODONTOLÓGICA

Historia dental.....

Tiempo de su última visita dental.....

Motivo.....

Acude por iniciativa propia.....      Indicación de terceros.....

Posee exámenes radiográficos actuales.....

Hace cuantos años perdió sus dientes.....maxilar... mandíbula.....

**CAUSAS:**

Caries..... .si.....no

Enfermedad periodontal.....si.....no

Traumatismos..... .si.....no

**EXAMEN EXTRAORAL SEGMENTARIO**

-Forma de cara      Triangular       Rectangular       Ovoidea       Mixta

-Asimetría facial:                      NO       SI

-Perfil                      Recto                       Cóncavo                       Convexo

-Biotipo (Le Pera)      Temporal                       Maseterino                       Pterigoideo

**EXAMEN INTRAORAL SEGMENTARIO**

Mucosa de revestimiento cara interna de mejillas y labios

-Color                      Rosada                       Roja                       Isquemia

-Se visualizan Lesiones                      SI                       NO

Comentarios.....

.....  
-Humedad                      Aumentada                       Normal                       Disminuida

Lengua

-Tamaño (en relación a los rebordes)      Grande                       Mediano                       Pequeño

-Posición                      Normal                       Retruida

-Se observan lesiones en el dorso      SI                       NO

-Se observan lesiones en el vientre      SI                       NO

-Tonicidad                      Aumentada                       Normal                       Disminuida

-Disquinesia                      SI                       NO





**udp**

clínica  
odontológica  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

**DIAGNÓSTICO RX**

**PANORAMICA:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RETROALVEOLAR TOTAL ADULTO :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RX. BITEWING :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**udp**

**clínica  
odontológica**  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

## CARIOGRAMA

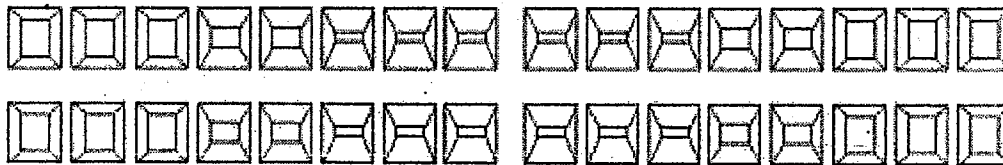


**udp**

clínica  
odontológica  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

### ODONTODIAGRAMA (CLINICO Y RADIOGRÁFICO)

11		21
12		22
13		23
14		24
15		25
16		26
17		27
18		28



48		38
47		37
46		36
45		35
44		34
43		33
42		32
41		31

**Azul: Obturaciones**

**Rojo: Caries y obturaciones en mal estado.**

**X : Pieza ausente**

**PPR: Prótesis parcial removible**

**PFU: Prótesis Fija Unitaria**

**PFP: Prótesis Fija Plural**

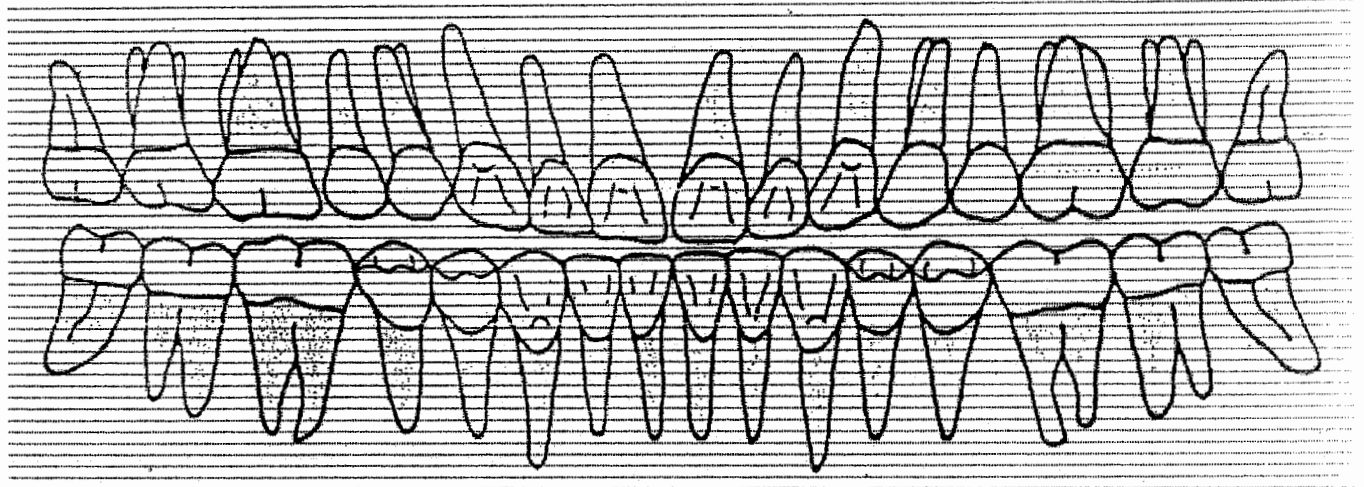
**O: Onlay Cerámico / Metálico**







Palatino	1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furcas																
Posic. Encía																
Prof. Surco																
Niv. Inserción																



Lingual	4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	2.7	2.8
Supuración																
Sangramiento																
Movilidad																
Furca																
Posic. Encía																
Prof. Surco																
Niv. Inserción																

**DIAGNOSTICO PERIODONTAL**

---



---



---



---

### EXAMEN CLINICO FUNCIONAL

Apertura máxima sin asistencia \_\_\_\_\_ mm

Apertura máxima con asistencia \_\_\_\_\_ mm

Dolor en apertura \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

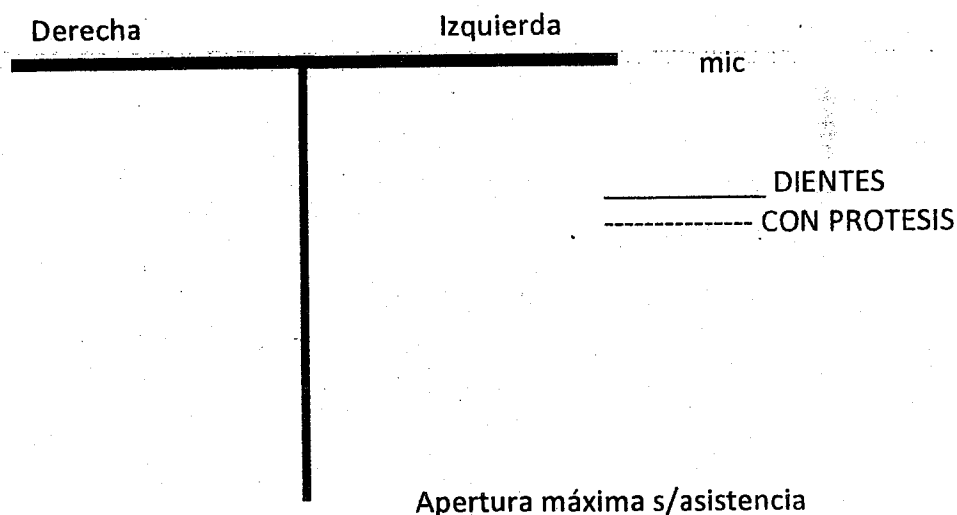
Lateralidad Derecha sin asistencia \_\_\_\_\_ mm

Lateralidad izquierda sin asistencia \_\_\_\_\_ mm

Deflexión apertura bucal \_\_\_\_\_ Der \_\_\_\_\_ izq.

Desviación apertura bucal \_\_\_\_\_ Der \_\_\_\_\_ izq.

### Diagrama del movimiento mandibular:



Ruidos Articulares \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
(Si es SI, responda lo siguiente)

Sensibilidad Articular \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO  
(Si es SI, responda lo siguiente)

ATM derecha

ATM izquierda



**udp**

**clínica  
odontológica**  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

---

**SENSIBILIDAD MUSCULAR A LA PALPACION:**

MUSCULOS TEMPORAL:

MASETERO:

TRAPECIO:

ESTERNOCLEIDO MASTOIDEO:

---

**DIAGNOSTICO FUNCIONAL**

---

---

---

---

---

## ANALISIS OCLUSAL

### EXAMEN OCLUSAL ESTATICO Y DINAMICO

Relación Oclusal Molar \_\_\_ Neutro \_\_\_ Disto C 1 \_\_\_ Mesio

\_\_\_ Disto C 2  
Relación Oclusal Canina \_\_\_ Neutro \_\_\_ Disto \_\_\_ Mesio

### Relación Céntrica Funcional ( RCF )

Obtención de RCF \_\_\_ Fácil \_\_\_ Mediana Dificultad  
\_\_\_ Difícil \_\_\_ Imposible de obtener .

Discrepancia entre MIC y RCF : Frontal: \_\_\_\_\_  
Sagital : \_\_\_\_\_

### Dientes Anteriores

G.A. Protrusiva Dientes Nº \_\_\_\_\_ Desoclusión Post. \_\_\_ Si \_\_\_ No

Interferencias en Protrusión \_\_\_\_\_

Diastemas \_\_\_\_\_

Dientes ant. Ausentes Nº \_\_\_\_\_ Retracción Gingival pzas. \_\_\_\_\_

Desgaste incisal pzas. \_\_\_\_\_ Anfractuosidades pzas. \_\_\_\_\_

### Dientes Posteriores

Altura Cúspides \_\_\_ Altas \_\_\_ Medianas \_\_\_ Bajas

Dientes Ausentes Nº \_\_\_\_\_

Dientes Migrados Nº \_\_\_\_\_

Dientes sobrerupcionados \_\_\_\_\_ Dientes c/ atrición \_\_\_\_\_

### Movimiento Lateral Derecho

Rango \_\_\_ mm Tipo de Desoclusión \_\_\_ Canina \_\_\_ de Grupo

Interferencias en: lado de trabajo \_\_\_\_\_ Lado de balance \_\_\_\_\_

### Movimiento Lateral Izquierdo

Rango \_\_\_ mm Tipo de Desoclusión \_\_\_ Canina \_\_\_ de Grupo

Interferencias en: lado de trabajo \_\_\_\_\_ Lado de balance \_\_\_\_\_



**udp**

clínica  
odontológica  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

## EXAMEN DE MODELOS ARTICULADOS

### Análisis en el Plano Sagital

Relación Dentaria: 1: 1      1: 2

Curva de Spee: \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Moderada \_\_\_\_\_ Marcada \_\_\_\_\_ Ausente

Acoplamiento dientes anteriores \_\_\_\_\_ SI      \_\_\_\_\_ NO

Sobre mordida horizontal \_\_\_\_\_ mm

### Análisis en Plano Frontal

Curva de Wilson \_\_\_\_\_ Leve \_\_\_\_\_ Mediana \_\_\_\_\_ Pronunciada \_\_\_\_\_ Ausente

Sobre mordida Vertical \_\_\_\_\_ mm

Acoplamiento Canino \_\_\_\_\_ Der \_\_\_\_\_ Izq.

Línea media dentaria desviada      SI      NO

### RELACIÓN DE REBORDES

---

---

---

---

### DIAGNÓSTICO OCLUSAL

---

---

---



**udp**

clínica  
odontológica  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

**ANEXO PRÓTESIS FIJA**

Prótesis fija Unitaria \_\_\_\_\_ Plural \_\_\_\_\_

Fecha de tratamiento: \_\_\_\_\_

Dientes pilares \_\_\_\_\_

Vitales \_\_\_\_\_ Tratados \_\_\_\_\_

Cerámica Metal Cerámica Metálica

**Estado de las prótesis Fija**

Sana \_\_\_\_\_ Caries \_\_\_\_\_

Estado de endodoncia \_\_\_\_\_

Lesión apical SI NO

**Cerámica**

Color (acorde con dientes) SI NO

Forma

Tamaño

Fracturas de material estético SI NO

**Zona cervical**

Línea Oscura SI NO

Ajuste Marginal \_\_\_\_\_ Desajuste Marginal \_\_\_\_\_

**Oclusión Protésica**

Contactos Oclusales Céntricos \_\_\_\_\_

Contactos Oclusales Excéntricos \_\_\_\_\_

Está conforme con ellas SI  NO

-Realizadas en Consulta Particular  Servicios Públicos  Isapres

Centros Dentales  Escuelas Dentales

**EVALUACIÓN DEL DIENTE PILAR PFU**

Diente: \_\_\_\_\_

Estado pulpar:

---

---

Configuración Radicular:

---

---

Nº de raíces: \_\_\_\_\_

Relación corono-radicular:

---

Estado periodontal:

---

---

Estado endodóntico:

---

---

Apice y LP:

---

---

Movilidad:

---

Otros: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---



### ANAMNESIS PROTESIS REMOVIBLE

- Ha usado prótesis  SI  NO
- Prótesis Parcial  Superior  Inferior
- Prótesis Total  Superior  Inferior
- Tiempo que usa su(s) actuales prótesis: Superior..... Inferior.....
- Está conforme con ellas  SI  NO
- En el día las usa  Todo el tiempo  A veces
- Las usa para comer  SI  NO
- Duerme con prótesis  SI  NO
- Número de prótesis que se ha realizado; Superior..... Inferior.....
- Realizadas en  Consulta Particular  Servicios Públicos  Isapres
- Centros Dentales  Escuelas Dentales  Laboratoristas

### ESTADO DE LAS PROTESIS

- Higieniza sus prótesis  SI  NO
- Frecuencia diaria  Una vez  Dos veces  Tres veces

Comentarios:.....  
.....

Utiliza algún sistema de adhesivo para su prótesis :  
.....  
.....



**ANALISIS OCLUSAL CON PROTESIS**

**RELACIONES INTERMAXILARES**

-DVR-DVO=:.....cm.

-Apertura máxima a) Con Prótesis.....cm . b) Sin Prótesis.....cm.

-Desviación de la línea media SI  NO   
Derecha:.....cm.  
Izquierda:.....cm.

-Relación plano sagital Protrusión  Normal  Retrusión

**ESQUEMA OCLUSAL**

Oclusión balanceada  Función de grupo

OBSERVACIONES :.....

**EXAMEN DE PROTESIS EN USO**

-Material de confección  
Base Acrílico de Termop  Acrílico de Autop  Metálica

Dientes: Acrílicos  Porcelana  Metal  Otros

-Estado de la prótesis  
Base Buena  Regular  Mala

Dientes Gastados  No desgastados  Quebrados

-Higiene de la prótesis Buena  Regular  Mala

-Presencia de fracturas SI  NO

-Presencia de reparaciones SI  NO

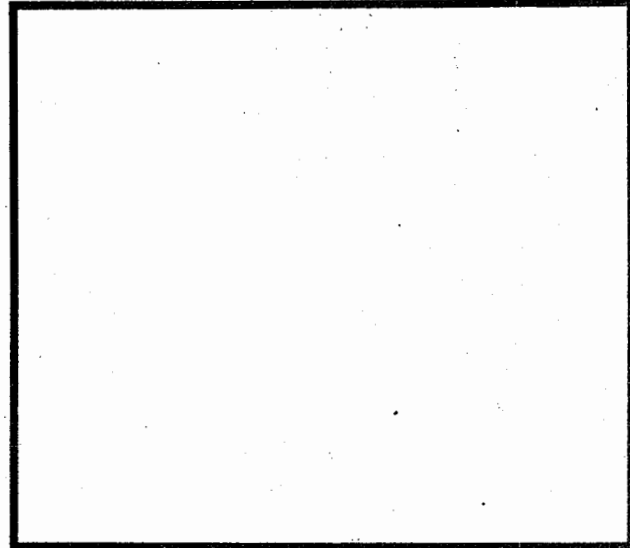
Comentarios.....



**DISEÑO DE PRÓTESIS**

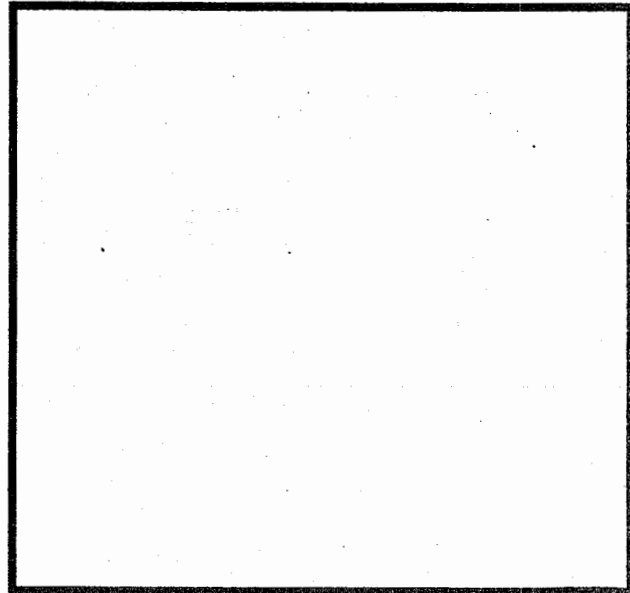
**MAXILAR SUPERIOR**

- Tipo de Impresión:.....
- Planos guías (color rojo):.....  
.....
- Apoyos (color azul):.....  
.....
- Conector Mayor (color negro):.....  
.....
- Retenedores (color verde):.....  
.....
- Fundamentos del diseño:.....  
.....  
.....  
.....



**MAXILAR INFERIOR**

- Tipo de Impresión: .....
- Planos guías (color rojo):.....  
.....
- Apoyos (color azul):.....  
.....
- Conector Mayor (color negro):.....  
.....
- Retenedores (color verde):.....  
.....
- Fundamentos del diseño:.....  
.....  
.....  
.....



**Firma del Docente**





**PLAN DE TRATAMIENTO**

**Plan de Tratamiento Ideal Integral ( biopsicosocial)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Plan de tratamiento inmediato (corto plazo)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AUTORIZACION DOCENTE PARA INICIO DE TRATAMIENTO**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Docente: \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Profesor: \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_













**udp**

**clínica  
odontológica**  
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES