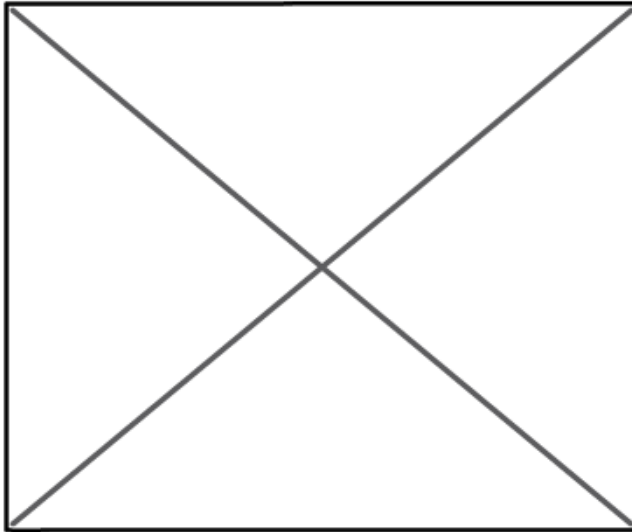


[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

HISTORIA



La historia de la odontología en México comienza en el año 1565, cuando el Dr. Juan de Valdivia, médico y cirujano, funda la primera escuela de odontología en el país. Desde entonces, la profesión ha ido evolucionando, pasando de ser un oficio a una ciencia basada en la investigación y la tecnología.

En el siglo XIX, la odontología en México experimenta un crecimiento significativo. Se establecen nuevas escuelas y se introducen técnicas modernas de tratamiento. La profesión se profesionaliza y se crea el Colegio de Odontólogos de México.

En el siglo XX, la odontología en México alcanza niveles de excelencia. Se desarrollan nuevas técnicas y se mejoran los estándares de atención. La profesión se consolida como una de las más importantes en el sector de la salud.

La historia de la odontología en México es un testimonio de la dedicación y el compromiso de los profesionales de la profesión. Desde sus humildes comienzos, han trabajado para mejorar la salud bucal de la población y para elevar el nivel de la profesión.

En el futuro, la odontología en México seguirá evolucionando, incorporando nuevas tecnologías y técnicas. Los profesionales de la profesión seguirán trabajando para brindar la mejor atención a sus pacientes y para contribuir al bienestar de la sociedad.

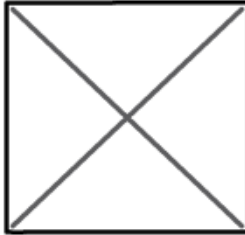


Inicio

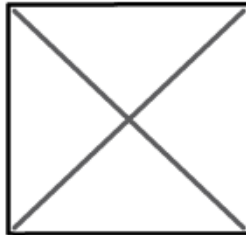
Servicios

Odontologia

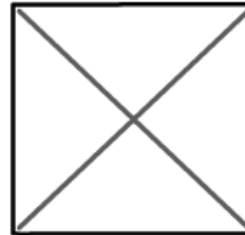
Ortodoncia



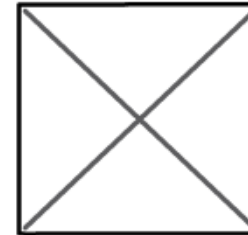
Placeholder text for the first image in the first row.



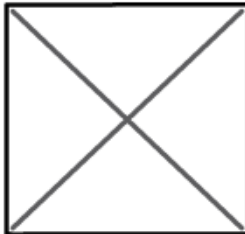
Placeholder text for the second image in the first row.



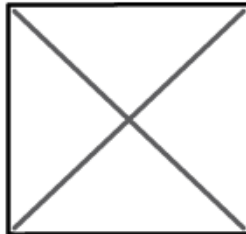
Placeholder text for the third image in the first row.



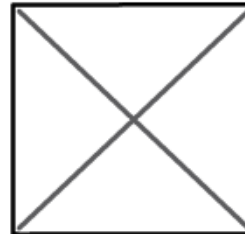
Placeholder text for the fourth image in the first row.



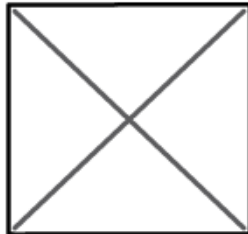
Placeholder text for the first image in the second row.



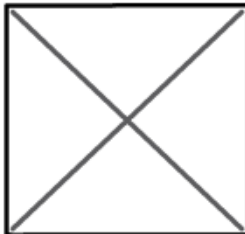
Placeholder text for the second image in the second row.



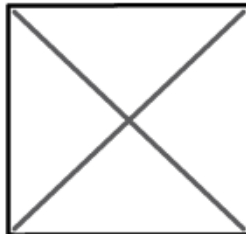
Placeholder text for the third image in the second row.



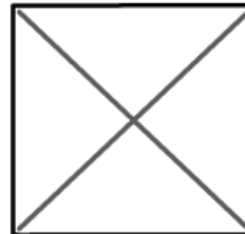
Placeholder text for the fourth image in the second row.



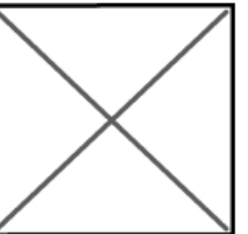
Placeholder text for the first image in the third row.



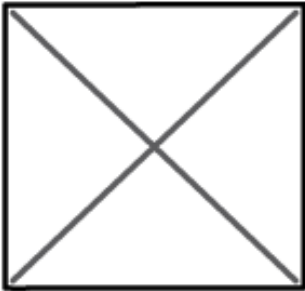
Placeholder text for the second image in the third row.



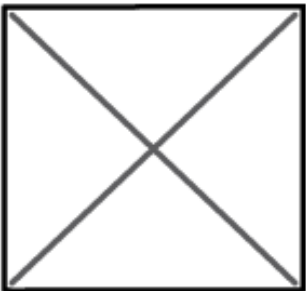
Placeholder text for the third image in the third row.



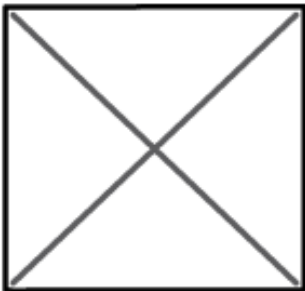
Placeholder text for the fourth image in the third row.



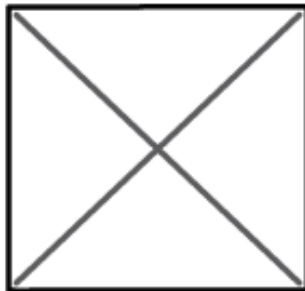
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



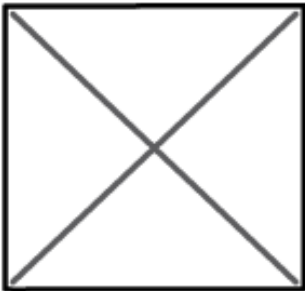
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



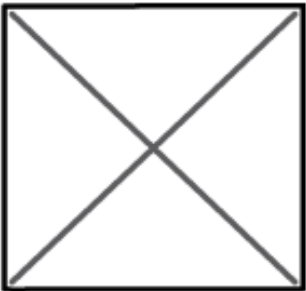
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



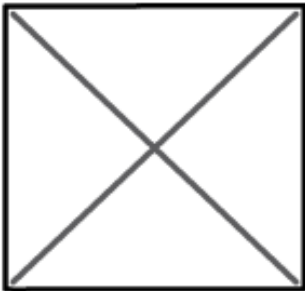
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



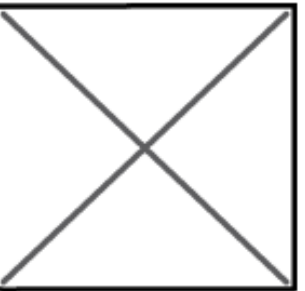
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



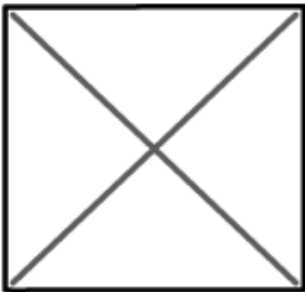
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



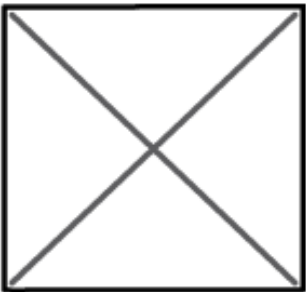
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



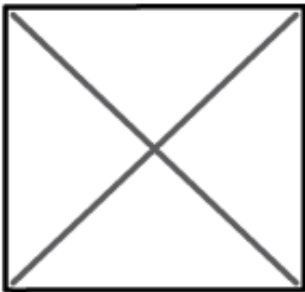
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



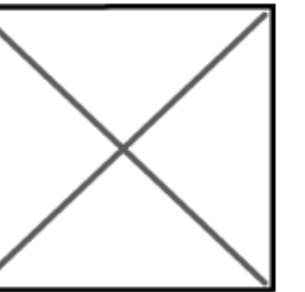
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



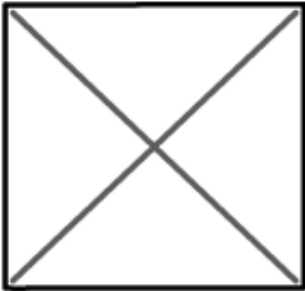
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



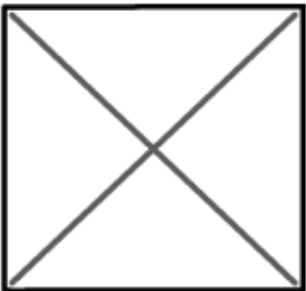
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



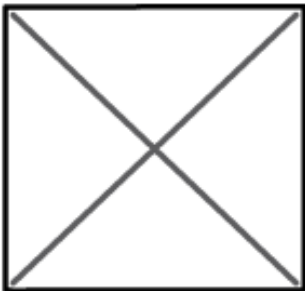
447804 427844 884442 7402 884802
884478887887842 8888784288888 88402



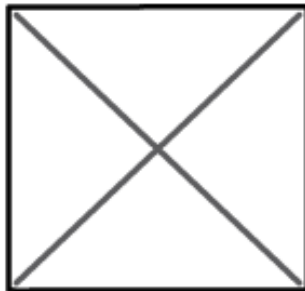
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



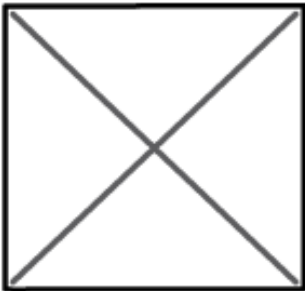
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



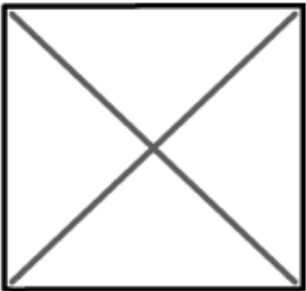
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



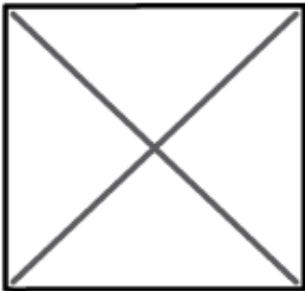
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



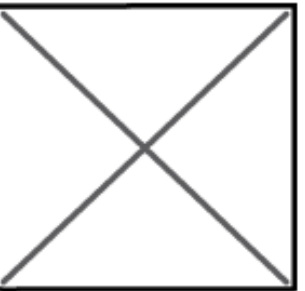
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



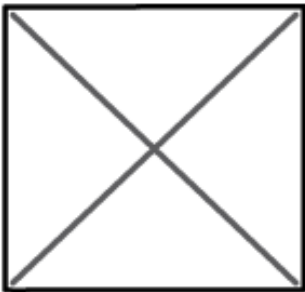
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



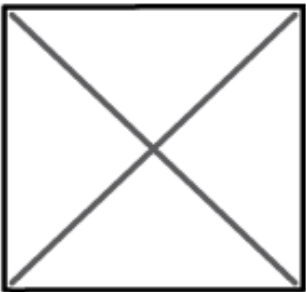
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



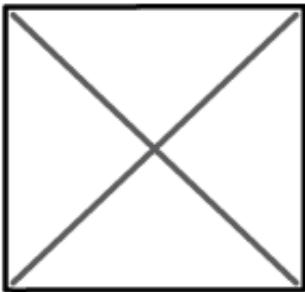
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



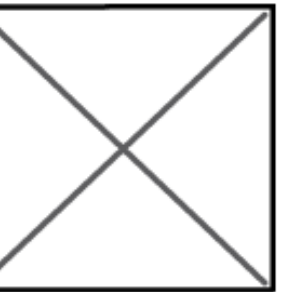
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



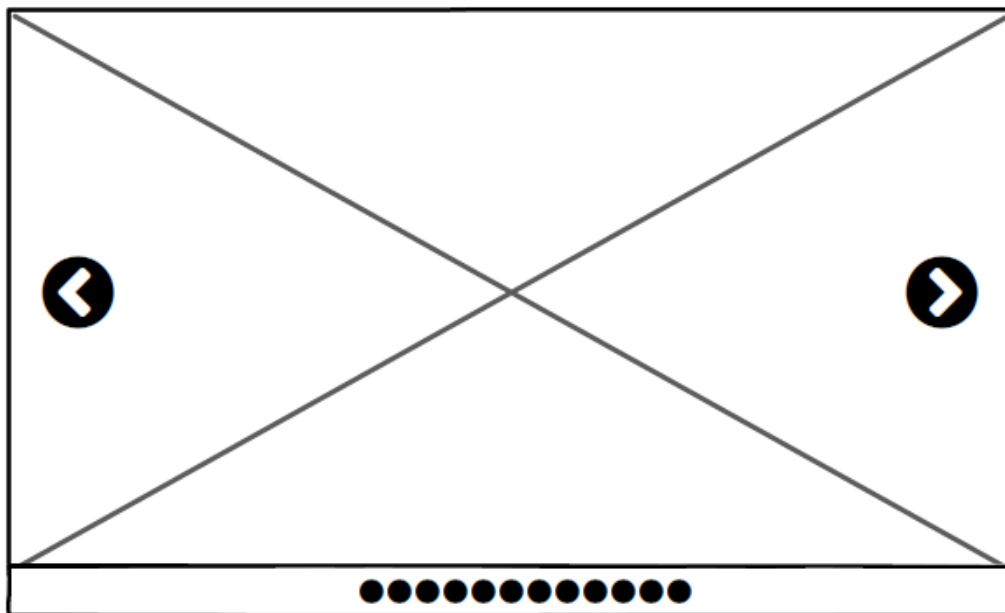
11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000



11-7804 02-7804 000000 7802 000000
0000780007800000 000000000000 000000

[illegible]

[Volver](#)



http://



Inicio

Servicios

Odontologia

Ortodoncia



Usuario.

Contraseña.





http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

YANNY PAOLA RAMIREZ BARREA

ODONTOLOGA-ALTA ESTETICA

Crr 4 No.11-59 Neiva-Huila TEL. 317 681 2046

HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

Identificacion:



No. Identificacion:

Consultar



YANNY PAOLA RAMIREZ BARREA
ODONTOLOGA-ALTA ESTETICA
Crr 4 No.11-59 Neiva-Huila TEL. 317 681 2046
HISTORIA CLINICA ODONTOLOGICA

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

DATOS DEL PACIENTE.

Primer apellido: Segundo apellido: Nombres: Identificacion: No. Identificacion: Fecha De Nacimiento: Dia: Mes: Año: Edad: Estado Civil: Sexo: ☐ F ☐ M Ocupacion: Departamento: Municipio: Celular: Direccion de residencia: Telefono: Direccion de Trabajo: Telefono: Nombre de la empresa: Cargo:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE.

Nombre: Cedula: Parentesco: Celular: Direccion de residencia: Telefono:

ATRÁS

CONTINUAR



http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

INFORMACION DE LA CONSULTA.

Motivo: |

- | | SI | NO | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Enf. Cardiovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Hepatitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hipertencion Arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Sinusitis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fiebre Reumatica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Alt. De Coagulacion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. VIH | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Alergias a Anesteticos
o medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Otros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Epilepsia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Observaciones: |

Ultima visita al Odontologo: |

Motivo: |

- | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Temperatura: | Pulso: | Tension: | Respiracion: |
| Higiene Oral: | Buena: <input type="checkbox"/> | Regular: <input type="checkbox"/> | Mala: <input type="checkbox"/> |
| Cepillo Dental: | 30 Dias: <input type="checkbox"/> | 60 Dias: <input type="checkbox"/> | 90 Dias: <input type="checkbox"/> |

Observaciones: |

ATRÁS

CONTINUAR



http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

	Normal	Anormal		Normal	Anormal
A.T.M.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Senos Maxilares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Labios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Musculos Masticadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lengua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paladar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oclusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piso de Boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frenillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carrillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glandulas Salivales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maxilares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amigdalas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXAMEN DENTAL

	SI	NO
Supernumerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abrasion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchas-Cambio Color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologia Pulpal-Abcesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maloclusio-nes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incluidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trauma

Habitos

Bolsa Movilidad

Placa

Calculos

Observaciones:

I

ATRAS

CONTINUAR



http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)**ODONTOGRAMA**

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
								55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
								85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Caries o Recidiva | <input type="radio"/> Corona Completa | <input checked="" type="radio"/> Sellante |
| <input type="radio"/> Obturado | <input type="radio"/> Ausente | <input type="radio"/> Exodoncia Indicada |
| <input type="radio"/> Protesis Existente | <input type="radio"/> Endodoncia Indicada | |
| <input type="radio"/> Endodoncia | <input type="radio"/> Incluido | |

DIACNOSTICO DEL ODOTOGRAMA:**PLAN DE TRATAMIENTO**

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Operatoria | <input type="checkbox"/> | Ortodoncia | <input type="checkbox"/> | Cirugia Oral | <input type="checkbox"/> |
| Prevencion | <input type="checkbox"/> | Periodoncia | <input type="checkbox"/> | Medicina Oral | <input type="checkbox"/> |
| | | Endodoncia | <input type="checkbox"/> | | |

[ATRAS](#)[CONTINUAR](#)

[illegible]

Inicio

Servicios

Odontologia

Ortodoncia

ATRAS

CONTINUAR



http://



Inicio

Servicios

Odontologia

Ortodoncia



Usuario.

Contraseña.





http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

YANNY PAOLA RAMIREZ BARREA

ORTONCISTA-ALTA ESTETICA

Crr 4 No.11-59 Neiva-Huila TEL. 317 681 2046

HISTORIA CLINICA DE ORTODONCIA

Identificacion:



No. Identificacion:



YANNY PAOLA RAMIREZ BARREA
ORTONCISTA-ALTA ESTETICA
Crr 4 No.11-59 Neiva-Huila TEL. 317 681 2046
HISTORIA CLINICA DE ORTODONCIA

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

DATOS DEL PACIENTE.

Primer apellido: Segundo apellido: Nombres: Sexo: ☐ F ☐ M Edad: No. Identificacion Fecha De Nacimiento: Dia: Mes: Año: Ocupacion: Direccion: Telefono: Ciudad: Barrio: Celular: E-mail: Acudiente: Parentesco: Ocupacion: Telefono: Celular: Motivo de Consulta:

ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:

[ATRÁS](#)[CONTINUAR](#)



http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

EXAMENES MIOFUNCIONAL Y DE TEJIDOS BLANDOS

Tipo de Perfil

8-16:

Labio superior

Labio Inferior

Frenillo

Lengua

Frenillo

Deglucion

Posicion

Fonacion

Respiracion

Sellado Labial

Habitos Orales

Caracteristicas Periodontales:

TEJIDOS OSEOS

Clasificacion Esqueletico (ANB)

2° Clase (>II)(<III)

Posicion en Sentido Antero-Posterior Maxilar (SNA)

82° >Prog <Retrog

Tamaño Maxilar (VA-VT)

48MM -52 MM

Posicion en Sentido Antero-Posterior Mandibular (SNB)

80° >Prog <Retrog

Tamaño Mandibular (Go-Gn)

100MM - 120MM

Altura Total de la Cara (N-M)

114MM

ATRÁS

CONTINUAR



http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)**EXAMENES ESTATICOS DE MODELOS**

Mordida cruzada

Extrusion

Rotacion

Gresion

Arco Superior

Overjet

Apilamiento

Mordida Abierta

Intrusion

version

Facetas De Desgaste

Arco Inferior

Overbite

Diastemas

Linea Media Dentaria Sub

Clasificacion Canina Der

Clasificacion Molar Der

Linea Media Inf

Clasificacion Canina Izq

Clasificacion Molar Izq

[ATRÁS](#)[CONTINUAR](#)

Ortodoncia

Analisis Del Plano Oclusal

100°- 120°

90° - 101°

18

28

38

48

1

Diagram illustrating a 16x8 grid of squares, numbered 18 through 41 and 48 through 81. The grid is divided into two main sections. The top section contains two rows of eight squares each. The first row is numbered 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11 from left to right. The second row is numbered 48, 47, 46, 45, 44, 43, 42, 41 from left to right. The bottom section contains two rows of five squares each. The first row is numbered 55, 54, 53, 52, 51 from left to right. The second row is numbered 85, 84, 83, 82, 81 from left to right. All squares are empty and have a black border.

A	AMALGAMA
R	RESINA
CD	CORONA DEFINITIVA
CT	CORONA TEMPORAL
I	INCRUSTACION
S	SELLANTE
C	CARIES

D	DESADAPTADA
FD	FACETA DE DESGASTE
RR	RESTO RADICULAR
AS	AUSENTE
AG	AGENESIA
SN	SUPERNUMERARIO

CONTINUAR



http://

[Inicio](#)[Servicios](#)[Odontologia](#)[Ortodoncia](#)

EVALUACION ARTICULACION TEMPORO MANDIBULAR (ATM)

Presencia Dolor Articular Si ☐ No ☐ Habitos: Tipo: Presencia Ruido Articular Si ☐ No ☐ Habitos: Tipo: Observaciones: Presencia de Dolor Muscular Si ☐ No ☐Plan de Tratamiento:

REMISIONES

Periodoncia OdontologianGeneral Endodoncia Cirugia Maxilofacial Rehabilitacion Oral Fonoaudiologia Implantologia Otras [ATRÁS](#)[CONTINUAR](#)

[illegible]

Inicio

Servicios

Odontologia

Ortodoncia

ATRAS

GUARDAR