

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA ORTODONCIA INVISIBLE

INFORMACION DEL DOCTOR							EXPEDIENTE NO:								
NOMBRE: _															
E-MAIL:								TEL DEL CONSULTORIO:							
INFORMACI	ON DE	L PACI	ENTE												
NOMBRE: _															
GENERO:	M	F							FEC	HA DE	NACIN	MIENTO	1-DD) C	MM-A	AAA)
FECHA DE INICIO DE TRATAMIENTO (DD-MM-AAAA)							CEL	CEL:							
ARCADA A T	RATAF	₹													
ARCADA INFERIOR						AM	AMBAS ARCADAS								
ARCADA SUPERIOR															
RESTRICCIO	N DE N	OVIM	IIENTOS	6											
NINGUN	NA RES	TRICCIO	ON												
NO MO'	VER LO	S SIGU	IENTES	DIEN	ΓES										
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	
]
L	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	R
ATTACHME	NTS														
COLOCA	AR ATTA	ACHME	ENTS CO	OMO S	EAN N	IECES <i>A</i>	ARIOS								
NO COL	OCAR A	ATTACI	HMENT												
	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	
]
				ļ											



RELACION ANTERO-POSTERIOR (A-P)							
MANTENER							
MEJORAR RELACION CANINA							
MEJORAR RELACION CANINA Y MOLAR							
OPCIONES DE MOVIMIENTOS DENTALES							
IPR POSTERIOR							
DISTALIZACION							
COMBINACION DE AMBAS							
OVERBITE	OVERJET	LINEA MEDIA					
MANTENER	MANTENER	MANTENER					
MEJORAR	MEJORAR	MEJORAR HACIA: SUPERIOR (D) (I)					
		MEJORAR HACIA: INFERIOR (D) (I)					
MORDIDA CRUZADA POSTERIOR:							
CORREGIR							
NO CORREGIR							
ESPACIOS							
CERRAR LOS ESPACIOS: ANTERIOR	_						
POSTERIOR _	_						
AMBOS							
DEJAR ESPACIOS EN:							
APIÑAMIENTO							
ARCADA SUPERIOR	ARCADA INFERIO	R					
EXPANDIR	EXPANDIR						
PROCLINAR	PROCLINAR						
IPR	IPR						



REALIZAR IPR EN LA	PRIMERA SIMULACION	
SI	NO	
EXTRACCIONES		
MARCAR DIENTE A E	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	
INSTRUCCIONES AD	ICIONALES	
ESPACIO PARA	A QUE LOS DOCTORES EDITEN	
		NOMBRE Y FIRMA DEL DOCTOR