

FORMULARIO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

FASE 1

Ortodoncista: (Apellidos y Nombre) _____

Paciente: _____ **Sexo:** ____ **Fecha Nac:** __/__/____

Arcada a realizar en la FASE 1: ☐ Ambos ☐ Superior. ☐ Inferior

1- No mover estos dientes: (Marque puentes, dientes que no van a moverse, implantes)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
2-No colocar ataches en estos dientes: (Dientes con corona, restauraciones en caras vestibulares)	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

3- Resalte: ☐ Mantener ☐ Mejorar (puede necesitar striping,etc.)

4- Sobremordida: ☐ Mantener ☐ Mejorar

5- Línea media: Si el cambio es de >2mm (puede necesitar stripping)

☐ Mantener Superior Mover ☐ Der/ ☐ Izq. ☐ 1-2mm ☐ +2mm
☐ Mantener Inferior Mover ☐ Der/ ☐ Izq. ☐ 1-2mm ☐ +2mm

6- Discrepancia del tamaño dentario: (Marque todos los que correspondan)

Si no pueden cerrarse los espacios dejar espacios en:

☐ Distal ILs ☐ Distal Cs. ☐ Lingual M/D ILs
☐ Stripping en la arcada opuesta para cerrar todos los espacios
☐ Otros

7- Resolver espacios y apiñamientos: (Marque todos los que correspondan)

Superior:	Inferior:
<input type="checkbox"/> Cerrar espacios	<input type="checkbox"/> Cerrar espacios
<input type="checkbox"/> Mantener espacios	<input type="checkbox"/> Mantener espacios

8- Apiñamientos:

Superior:	Inferior:
Expandir <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> si es necesario <input type="checkbox"/> Nada	Expandir <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> si es necesario <input type="checkbox"/> Nada
Proclinar <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> si es necesario <input type="checkbox"/> Nada	Proclinar <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> si es necesario <input type="checkbox"/> Nada
Stripping <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> si es necesario <input type="checkbox"/> Nada	Stripping <input type="checkbox"/> Seguro <input type="checkbox"/> si es necesario <input type="checkbox"/> Nada



8- Mordida cruzada posterior: ☐ Mantener ☐ Mejorar

9- Instrucciones Especiales: (Ej. Restauraciones, extracciones, periodontitis, tratamiento previo a los alineadores, necesidad de elementos dentarios extras, etc.)

10- Indicaciones: (Indicar instrucciones que considere necesarias, y no estén ya contempladas)

11- Prioridad del paciente: (Describa cual es la principal queda que expresó el paciente en la consulta)

Firma y sello del Ortodoncista

Fecha: __/__/__

Este formulario constituye su prescripción final y completa para MagicAligner. El diagnóstico y prescripción es decisión y única responsabilidad del doctor que ordena este aparato, quien se responsabiliza del tratamiento y renuncia sobre cualquier reclamo contra MagicAligner y sus empleados en caso de que con MagicAligner no se consiga obtener el resultado esperado, ya sea solo o en combinación con otros aparatos