



FECHA

Alumno

Docente

Anexo **ODONTOLOGÍA INTEGRAL NIÑOS**

Nombre del paciente

Edad

Peso

Talla

Grafismo inicial

Dibujo de la boca

Dibujo del odontólogo

Informe psicológico inicial

Anamnesis

Embarazo y nacimiento

¿Hubo ingesta de flúor materno durante el embarazo? Si No

¿Hubo ingesta de medicamentos durante el embarazo? Si No ¿Cuál/es?:

Parto natural Si No Cesárea Si No Hubo sufrimiento fetal Si No Usaron fórceps Si No

Lactancia y succión no nutritiva

¿Tuvo lactancia materna? Si No ¿Hasta qué edad?

¿Tomó mamadera? Si No ¿Hasta qué edad? ¿Usó chupete? Si No ¿Hasta qué edad?

Enfermedades o condiciones sistémicas particulares

¿Fue operado de adenoides? Si No ¿Fue operado de amígdalas? Si No ¿Fue suturado alguna vez? Si No

¿Fue internado alguna vez? Si No ¿Por qué?

¿Presenta el calendario de vacunación al día? Si No ¿Tiene experiencia con el uso de anestesia odontológica? Si No

Maduración motriz

¿Hubo gateo? Si No ¿A qué edad comenzó a caminar?

Actitud del niño frente al médico y odontólogo

¿Cómo es su actitud y relación con el pediatra?

¿Tiene experiencia odontológica? Si No ¿Cómo fue esta experiencia? Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Constitución familiar

¿Con quién vive el niño?

¿Tiene hermanos? (consignar nombre y edad) Si No

Nombre Edad Nombre Edad

Nombre Edad Nombre Edad

Escolaridad (consignar el grado o sala en que cursa)

Conducta escolar y en el hogar: (entretenimientos, dibuja, canta, baila, mira la TV, lee, hace deporte, etc.)

Examen clínico

Maxilar superior: simétrico asimétrico Maxilar inferior: simétrico asimétrico

Anomalías dentarias: de número: dientes supernumerarios Si No agenesias Si No piezas

de forma: Si No de tamaño: Si No

Apiñamiento: Oclusión: primarias mixta permanentes

Respiración: nasal bucal mixta Competencia labial: Si No

Anamnesis

Historia de dieta

¿Qué consume en el desayuno?..... ¿Cuánto azúcar?

¿Come entre el desayuno y almuerzo? Si No ¿Qué?

¿Qué almuerza?..... ¿Con qué bebida acompaña la comida?.....

¿Come o bebe entre el almuerzo y la merienda? Si No ¿Qué?

¿Qué infusión toma de merienda?..... ¿Con qué comida la acompaña?

¿Come o bebe entre la merienda y la cena? Si No ¿Qué?

¿Qué cena?..... ¿Con qué bebida acompaña la cena?.....

¿Se levanta durante la noche? Si No En caso afirmativo, ¿toma o come algo? Si No ¿Qué?.....

¿Qué come en los recreos?..... Total de momentos de azúcar

Índices

Índice de riesgo O'Leary Intermedio:

%

7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	

Índices de caries:

CPO S =

c e o s =

Control docente:

Firma:

Alta preventiva básica

Alta integral

/ /

Fecha

Firma del docente

/ /

Fecha

Firma del docente

Programa de tratamiento integral individualizado

Grafismo final

Dibujo de la boca

Dibujo del odontólogo

Informe psicológico final

Datos del alumno

Teléfono de referencia

Horario de cursada

Clínica

La información antes descripta tiene carácter de declaración jurada.

Fecha / /

Firma paciente o responsable

Firma estudiante

Firma y sello del docente