

EVALUACIÓN DENTAL



Apellido 1ro y 2do:

Nombre 1ro y 2do:

Edad: Representante:

Operación Sonrisa:

Ciudad:

Fecha:

EVALUACIÓN:

Dientes ausentes:

Diente de la brecha (características):

Paladar:

Labios:

Alvéolo:

Patología:

Otro:

Dientes cariados:

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

No se necesita de tratamiento.

Exodoncias:

A realizarse en consultorio. A realizarse en quirófano.

Referido a Sigma dental:

Operatoria. Profilaxis y prevención.

Otros (Rayos X, Biopsia):

TRATAMIENTO REALIZADO DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES:

Fecha de inicio de tratamiento: Desde el nacimiento. Otra fecha:

Tipo de aparato:

El tratamiento de OFM se realiza por la Fundación.

El tratamiento de OFM se realiza por la Institución:

Tratamiento regular. Tratamiento no regular.

Comentario final:

Nombre del odontólogo: