



**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SINALOA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CLINICA DE ENSEÑANZA**

Culiacán de Rosale, Sinaloa, a ___ de _____ 20__

HISTORIA CLINICA DE PROTESIS TOTAL

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 OCUPACIÓN _____ TEL _____
 DOMICILIO _____
 ¿CUAL ES EL MOTIVO DE LA CONSULTA? _____
 ¿SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO MEDICO? _____

ANTECEDENTES

FECHA APROXIMADA DE SUS ÚLTIMAS EXTRACCIONES: SUP _____
 INF _____

Razones por las que se perdieron sus órganos dentarios:

a) caries _____ b) lesiones periodontales _____ c) otras causas _____

Es portador de dentadura: Total _____ Parcial _____ Ninguna _____

Experiencia en el uso de dentadura: Buena _____ Regular _____ Pobre _____

¿Porque? _____

SALUD GENERAL DEL PACIENTE

Buena _____ Regular _____ Debilitada _____

Actitud mental del paciente:

Escéptico _____ Neurótico _____ Receptivo _____ Pasivo _____

EXAMEN EXTRABUCAL

Cara: Patología presente: _____ Ninguna _____

Forma de la cara: Cuadrada _____ Triangular _____ Ovoidea _____

Articulación temporomandibular: Dolor _____ Chasquido _____ Ninguno _____

Cuello: Patología presente: _____ Ninguna _____

Labio sup.: Corto _____ Mediano _____ Largo _____ Normal _____

Patología del labio: Presente _____ Ninguno _____

Color de ojos: _____ Pelo _____ Piel _____

Tono muscular facial: Flácido _____ Tenso _____ Medio _____

EXAMEN INTRABUCAL

Tamaño de los Maxilares: Pequeño _____ Mediano _____ Grande _____

Forma de los Maxilares: Cuadrado _____ Triangular _____ Ovoideo _____

Forma de los Procesos residuales:

- Normal _____ SUPERIOR _____
- Filo de navaja _____ INFERIOR _____
- Plano _____
- Irregular _____

Mucosa de los procesos:

- Fibrosa _____ SUPERIOR _____
- Elástica _____ INFERIOR _____
- Delgada _____

Salud de la mucosa:

- Sana _____
- Irritada _____

SUPERIOR _____
INFERIOR _____

Posición lingual:

- Normal _____
- Retractil _____

Volumen salival:

- Insuficiente _____
- Normal _____
- Excesiva _____

Condición de la saliva:

- Normal _____
- Fluida _____
- Espesa _____

TORUS PALATINO:

TORUS MANDIBULAR:

- | | |
|----------------|----------------|
| *Chico _____ | *Chico _____ |
| *Mediano _____ | *Mediano _____ |
| *Grande _____ | *Grande _____ |
| *Ninguno _____ | *Ninguno _____ |

REFLEJO NAUSEOSO:

- Nulo _____
- Moderado _____
- Severo _____

RELACION INTERMAXILAR:

- Ortognático _____
- Retrognático _____
- Prognático _____

FRENILLO:

- Normal
- Hipertrofiado
- Ausente

OBSERVACIONES ESPECIALES _____

DIAGNÓSTICO _____

PRONÓSTICO _____

PLAN DE TRATAMIENTO _____

Firma del maestro

Firma del alumno

Firma del paciente



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA

CLÍNICA DE ENSEÑANZA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA HISTORIA CLÍNICA DE PROSTODONCIA TOTAL



NOMBRE DEL PACIENTE: _____ EDAD: _____

NOMBRE DEL ALUMNO _____ GPO: _____

RECIBO: _____

- 1.-AUTORIZACION DEL PACIENTE
- 2.-HISTORIA CLINICA GENERAL Y PROSTODONCIA
- 3.-TOMA DE RADIOGRAFIA OCLUSAL
- 4.-TOMA DE IMPRESIONES ANATOMICAS SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 5.-OBTENCION DE LOS MODELOS DE ESTUDIO SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 6.-RECORTE DE LOS MODELOS ANATOMICOS SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 7.-ELABORACION DE LACUCHARILLA INDIVIDUAL SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 8.-RECTIFICACION DE LOS BORDES SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 9.-TOMA DE IMPRESIONES FISIOLÓGICAS SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 10.- ENCAJONADO DE LA IMPRESIÓN SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 11.- OBTENSIÓN DE LOS MODELOS FISIOLÓGICOS SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 12.- RECORTE DE LOS MODELOS SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 13.-ELABORACION DE LAS BASES DE REGISTRO SUPERIOR _____ INFERIOR _____
- 14.-ELABORACION DE RODILLO Y ORIENTACION DE RODILLO SUPERIOR _____
- 15.-ELABORACION DEL RODILLO INFERIOR Y SU ORIENTACION _____
- 16.-DETERMINACION DE LA DIMENSION VERTICAL _____
- 17.-OBTENCION DE LA RELACION CENTRICA _____
- 18.-MONTAJE AL ARTICULADOR _____
- 19.-TOMA DE RADIOGRAFIA LATERAL DE CRANEO CON LOS RODILLOS _____
- 20.-MARCAR LINEA MEDIA Y LINEA DE CANINOS _____
- 21.- SELECCIÓN DE LOS DIENTES ARTIFICIALES _____
- 22.- ALINEADOS DE LOS DIENTES SUPERIORES _____
- 23.-ARTICULADO DE LOS DIENTES _____
- 24.-PRUEBA EN CERA DE LA DENTADURA _____
- 25.- AUTORIZACION PARA EL TERMINADO DE LA PROTESIS _____
- 26.- COLOCACION DE LA PROTESIS EN BOCA Y REALIZAR EL BALANCE OCLUSAL _____
- 27.-CITA POSTERIOR A LAS 24 HORAS DE COLOCADA LA DENTADURA _____
- 28.-ALTA DE PACIENTE CON INDICACIONES SOBRE LA HIGIENE DE LA PROTESIS _____

DR. FERNANDO ROSAS LOPEZ PORTILLO
MAESTRO TITULAR DE PROSTODONCIA

