

Hoja de trabajo previa al envío

Solo para uso en la consulta - No enviar este formulario

Puede usar esta hoja de trabajo opcional para prepararse para enviar un caso en dr.clearcorrect.com

Información básica

Fecha ____ / ____ / ____

Nombre del médico _____

Nombre del paciente _____

Sexo del paciente Hombre Mujer Fecha de nacimiento del paciente ____ / ____ / ____

Duración Recomendado Limitar a ____ pasos Pauta de uso 1 semana 10 días 2 semanas 3 semanas

Tratar arcadas Arcada superior Arcada inferior Tipo de dentición Permanente Dentición mixta (no procede enfoque estético)

Queja principal

Enfoque de tratamiento

Estética

Mejorar el resalte

Sin IPR

Nivelar al margen gingival

Mantener las líneas medias existentes

Mejorar la sobremordida

Sin ataches

Mejorar solo la línea media superior

No mover los premolares

Mejorar solo la línea media inferior

Corrección de arcada completa

Relación entre los molares

Derecha Mantener Corregir

Izquierda Mantener Corregir

Relación entre los colmillos

Derecha Mantener Corregir

Izquierda Mantener Corregir

Clase I

Incluir recortes y ranuras para elásticos

Plan para extracción

Plan para caso quirúrgico

Clase II

Incluir recortes y ranuras para elásticos

Plan para extracción

Plan para caso quirúrgico

Incluir IPR posterior

Clase III

Incluir recortes y ranuras para elásticos

Plan para extracción

Plan para caso quirúrgico

Afecciones dentales (opcional)

Diastema

Distribuir diastema para trabajo de restauración

Mordida cruzada

No corregir la mordida cruzada posterior

Plan para caso quirúrgico

Incluir rampas de mordida posterior

Mordida profunda

Intrusión de la parte anterior inferior solamente

Mantener Curva de Spee

Incluir rampas de mordida posterior

Incluir rampas de mordida anterior

Apiñamiento

Sin IPR

Sin expansión de la arcada

Distalización posterior

Plan para extracción

Mordida abierta

Incluir recortes y ranuras para elásticos

Plan para extracción

Plan para caso quirúrgico

Línea media superior Mantener Mejorar Corregir (izquierda/derecha) _____ mm

Línea media inferior Mantener Mejorar Corregir (izquierda/derecha) _____ mm

N.º de caso

Instrucciones

No mover estos dientes (puentes, dientes anquilosados, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D															I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Extraeré estos dientes antes del tratamiento

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D															I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Evitar ataches en estos dientes (restauraciones faciales, etc.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D															I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Dejar estos espacios abiertos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D															I
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

Instrucciones adicionales