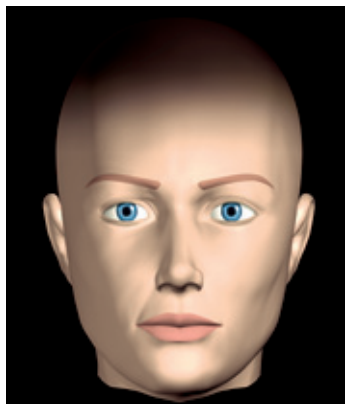


LISTA DE REGISTRO ESTÉTICO

Examinador _____ Fecha ____ / ____ / ____

Paciente _____ Edad _____



FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE



FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE



FOTOGRAFÍA DEL PACIENTE

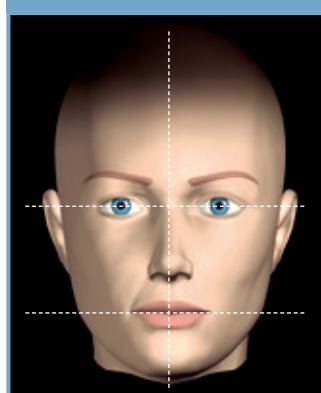
Autoevaluación del paciente _____

Peticiones y expectativas del paciente _____

Preferencias Dientes blancos y alineados _____ Dientes con ligeras irregularidades _____

Historial anterior: Foto de la sonrisa Sí No Estudios moldes Sí No Radiografías Sí No

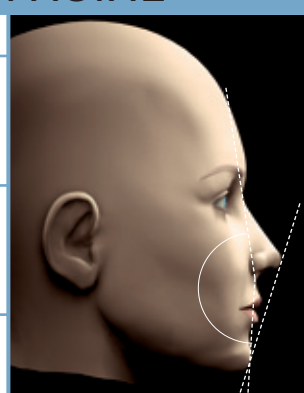
ANÁLISIS FACIAL



Línea interpupilarfrente a horizontal
 Paralela Inclined Der. ____ Izq. ____

Línea de la comisura horizontal
 Paralela Inclined Der. ____ Izq. ____

Línea media facial
 Centrada Desviada Der. ____ Izq. ____



Perfil
 Normal
 Convexo
 Cóncavo

E-Linie
 Max ____ mm Mand ____ mm

Labios
 Grueso
 Medio
 Fino

Notas _____

ANÁLISIS DENTOLABIAL

EN REPOSO

EXPOSICIÓN DEL DIENTE EN REPOSO



Indicar

A B C

Max. _____ mm

Mand. _____ mm

SONRISA

CURVA INCISAL FRENTE A LABIO INFERIOR



	<input type="checkbox"/> Convexa		<input type="checkbox"/> Plana		<input type="checkbox"/> Inversa
	<input type="checkbox"/> Contacto		<input type="checkbox"/> Sin Contacto		<input type="checkbox"/> Cubriendo
	<input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Izq.		Der. ____ mm Izq. ____ mm		Der. ____ mm Izq. ____ mm

LÍNEA DE LA SONRISA



	<input type="checkbox"/> Media		<input type="checkbox"/> baja		<input type="checkbox"/> Alta
					Exposición gingival
					Der. ____ mm Izq. ____ mm

ANCHURA DE LA SONRISA (Nº DE DIENTES VISIBLES)



	<input type="checkbox"/> 6-8		<input type="checkbox"/> 10		<input type="checkbox"/> 12-14
--	------------------------------	--	-----------------------------	--	--------------------------------

PASILLO LABIAL



	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Ancho		<input type="checkbox"/> Ausente
			Der. ____ mm Izq. ____ mm		

LÍNEA INTERINCISAL SUPERIOR FRENTE A LÍNEA MEDIA



	<input type="checkbox"/> Coincidente		<input type="checkbox"/> Desviada		<input type="checkbox"/> Desviada
			Der. ____ mm		Izq. ____ mm

PLANO OCLUSAL FRENTE A LÍNEA/HORIZONTE COMISURAL



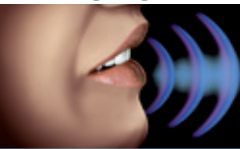
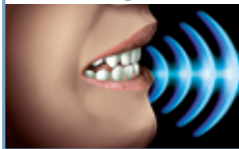


	<input type="checkbox"/> Paralela		<input type="checkbox"/> Desviado		<input type="checkbox"/> Desviado
			Der.		Izq.

Indicar la situación actual en cada número de diente; señalar la desviación (en mm) del ideal: + (si es demasiado largo, - (si es demasiado corto)

16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26
46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36

ANÁLISIS FONÉTICO

<p style="text-align: center;">M</p>  <p>Espacio interoclusal en reposo _____ mm</p> <p>Exposición dental Max. _____ mm Mand. _____ mm</p>	<p style="text-align: center;">E</p>  <p>Espacio interlabial ocupado por dientes maxilares <input type="checkbox"/> ≤ 80 % _____ % <input type="checkbox"/> > 80 % _____ %</p>
<p style="text-align: center;">F V</p>  <p>Perfil incisal <input type="checkbox"/> Bermellón <input type="checkbox"/> Bucal _____ mm <input type="checkbox"/> Lingual _____ mm</p>	<p style="text-align: center;">S</p>  <p>Movimiento mandibular <input type="checkbox"/> Vertical <input type="checkbox"/> Horizontal _____ mm</p> <p>Espacio entre arcos <input type="checkbox"/> _____ mm <input type="checkbox"/> Ausente</p>




ANÁLISIS DEL DIENTE

Tabla de cambios estéticos (naturales y/o yatrogénicos) ocurridos a lo largo de los años, por número de diente

<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>
<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>	<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>

INDICAR: **O** = Restauración, **X** = Ausente, **A** = Erosionado, **D** = Discrómico, **E** = Extruido, **F** = Fracturado, **R** = Rotado

■ LÍNEA INTERINCISAL MAXILAR FRENTE A MANDIBULAR

 <input type="checkbox"/> Coincidente	 <input type="checkbox"/> Desviado Der. _____ mm	 <input type="checkbox"/> Desviado Izq. _____ mm
---	--	---

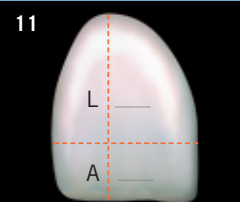
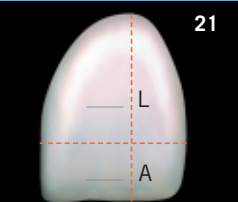
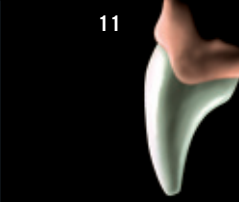
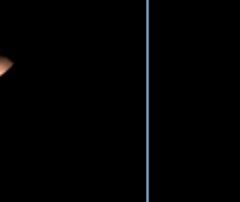
■ TIPO DE DIENTE

 <input type="checkbox"/> Oval	 <input type="checkbox"/> Triangular	 <input type="checkbox"/> Cuadrado
---	---	---

■ TEXTURA



Macro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Pronunciado
Micro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Pronunciado

■ INCISIVOS CENTRALES DEL MAXILAR: FORMA, CONTORNO Y PROPORCIÓN


<p>11</p> 	<p>21</p> 	<p>11</p> 	<p>21</p> 						
<p>L/A proporción</p> <p>11 _____ %</p> <p>21 _____ %</p>	<p>Perfil</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>11 <input type="checkbox"/> Normal</td> <td>11 <input type="checkbox"/> Vestibular</td> <td>11 <input type="checkbox"/> Lingual</td> </tr> <tr> <td>21 <input type="checkbox"/> Normal</td> <td>21 <input type="checkbox"/> Vestibular</td> <td>21 <input type="checkbox"/> Lingual</td> </tr> </table>			11 <input type="checkbox"/> Normal	11 <input type="checkbox"/> Vestibular	11 <input type="checkbox"/> Lingual	21 <input type="checkbox"/> Normal	21 <input type="checkbox"/> Vestibular	21 <input type="checkbox"/> Lingual
11 <input type="checkbox"/> Normal	11 <input type="checkbox"/> Vestibular	11 <input type="checkbox"/> Lingual							
21 <input type="checkbox"/> Normal	21 <input type="checkbox"/> Vestibular	21 <input type="checkbox"/> Lingual							

■ RELACIÓN OCLUSAL

<p>Clase dental</p> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<p>Sobremordiad _____ mm</p> <p>Resalte _____ mm</p>	<p>Relación entre arcos</p> <input type="checkbox"/> PIM <input type="checkbox"/> OC-RC
		<p>Gía incisal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
		<p>Gía canina Der. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Izq. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

ANÁLISIS DEL DIENTE	CONTORNO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal PROPORCIÓN <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal ÁNGULOS INTERINCISALES <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal EJES DEL DIENTE <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal COLOCACIÓN DEL DIENTE <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Apiñados <input type="checkbox"/> Diastemas		MÁRGENES GINGIVALES <input type="checkbox"/> Simétricos <input type="checkbox"/> asimétricos CENITS <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular PAPILA <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente BIOTIPO <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Delgado ALTERACIONES <input type="checkbox"/> Inflamación gingival <input type="checkbox"/> Hipertrofia <input type="checkbox"/> Recesión ESPACIO EDÉNTULO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deformado	ANÁLISIS GINGIVAL
	MARCAR CUALQUIER IRREGULARIDAD SOBRE LA IMÁGEN			

Notas _____

ANÁLISIS DEL DIENTE	CONTORNO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal PROPORCIÓN <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal COLOCACIÓN DEL DIENTE <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Apiñados <input type="checkbox"/> Diastemas EJES DEL DIENTE <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal BORDE INCISAL <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular		MÁRGENES GINGIVALES <input type="checkbox"/> Simétricos <input type="checkbox"/> asimétricos PAPILA <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente BIOTIPO <input type="checkbox"/> Grueso <input type="checkbox"/> Delgado ALTERACIONES <input type="checkbox"/> Inflamación gingival <input type="checkbox"/> Hipertrofia <input type="checkbox"/> Recesión ESPACIO EDÉNTULO <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Deformado	ANÁLISIS GINGIVAL
	MARCAR CUALQUIER IRREGULARIDAD SOBRE LA IMÁGEN			

Notas _____
