



INFORME DE SALUD BUCODENTAL

PACIENTE:

DNI:

FECHA DE EXPLORACIÓN:

Este informe **no tiene carácter pericial**, se trata de una valoración del estado de salud bucodental de este paciente a fecha de hoy.

Apartado A)

1. ESTADO DE LA DENTICIÓN

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

Codificación Estado:

- | | | |
|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| 0: Sano | 3: Obturado sin caries | 6: Pilar Prótesis/Corona |
| 1: Cariado | 4: Resto Radicular | 7: Implante |
| 2: Obturado y Cariado | 5: Ausente | 8: No erupcionado |

Observaciones sin codificar (especificar)

2. EVALUACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

Patología

No

Si

Chasquido No Si

Dolor por palpación No Si

Movilidad reducida de la mandíbula No Si

3. PRÓTESIS

No Si (Especificar Tipo)

4. ESTADO PERIODONTAL

Sano Cálculo Gingivitis Periodontitis Periimplantitis

5. MUCOSA ORAL SANA

Si No (Especificar)

6. MALOCLUSIÓN

No Si (Especificar)

7. OTRAS CONSIDERACIONES:

Apartado B)

A la vista de la documentación aportada por el paciente y la exploración realizada en el día de la fecha, se considera que el tratamiento está:

- COMPLETO
- INCOMPLETO

Apartado C)

Teniendo en cuenta los siguientes criterios de la documentación aportada:

1. Aportación Historia Clínica Si No
2. Cumplimentación Adecuada y Correcta de la Historia Clínica Si No
3. Cumplimentación Adecuada y Correcta del Formulario de Consentimiento Informado:
Si No
4. Aportación de Pruebas Complementarias Previas Si/No
 - 4.1. Ortopantomografía
 - 4.2. Otras (Especificar)
5. Aportación de Pruebas Complementarias Actualizadas Si/No
 - 5.1. Ortopantomografía
 - 5.2. Otras (Especificar)

Se llega a la conclusión según los datos recogidos en los apartados a, b y c, y de acuerdo con las circunstancias que el caso hubiera requerido, que el tratamiento ha sido:

- ADECUADO
- NO ADECUADO

En _____, a _____ de _____ de 2019

Nombre y Firma del Facultativo: