



Anexo ODONTOLOGÍA INTEGRAL NIÑOS

Nombre del paciente

Edad

Peso

Talla

Grafismo inicial

Dibujo de la boca

Dibujo del odontólogo

Informe psicológico inicial

Anamnesis

Embarazo y nacimiento

¿Hubo ingesta de flúor materno durante el embarazo? **Si** **No**

¿Hubo ingesta de medicamentos durante el embarazo? **Si** **No** ¿Cuál/es?:

Parto natural **Si** **No** Cesárea **Si** **No** Hubo sufrimiento fetal **Si** **No** Usaron fórceps **Si** **No**

Lactancia y succión no nutritiva

¿Tuvo lactancia materna? **Si** **No** ¿Hasta qué edad?

¿Tomó mamadera? **Si** **No** ¿Hasta qué edad? ¿Usó chupete? **Si** **No** ¿Hasta qué edad?

Enfermedades o condiciones sistémicas particulares

¿Fue operado de adenoides? **Si** **No** ¿Fue operado de amígdalas? **Si** **No** ¿Fue suturado alguna vez? **Si** **No**

¿Fue internado alguna vez? **Si** **No** ¿Por qué?

¿Presenta el calendario de vacunación al día? **Si** **No** ¿Tiene experiencia con el uso de anestesia odontológica? **Si** **No**

Maduración motriz

¿Hubo gateo? **Si** **No** ¿A qué edad comenzó a caminar?

Actitud del niño frente al médico y odontólogo

¿Cómo es su actitud y relación con el pediatra?

¿Tiene experiencia odontológica? **Si** **No** ¿Cómo fue esta experiencia? Muy buena Buena Regular Mala Muy mala

Constitución familiar

¿Con quién vive el niño?

¿Tiene hermanos? (consignar nombre y edad) **Si** **No**

Nombre..... Edad Nombre..... Edad

Nombre..... Edad Nombre..... Edad

Escolaridad (consignar el grado o sala en que cursa)

Conducta escolar y en el hogar: (entretenimientos, dibuja, canta, baila, mira la TV, lee, hace deporte, etc.)

Examen clínico

Maxilar superior: simétrico asimétrico Maxilar inferior: simétrico asimétrico

Anomalías dentarias: de número: dientes supernumerarios **Si** **No** agenesias **Si** **No** piezas

de forma: **Si** **No** de tamaño: **Si** **No**

Apiñamiento: Oclusión: primarias mixta permanentes

Respiración: nasal bucal mixta Competencia labial: **Si** **No**

