

1. INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

SEXO M/F _____ FECHA NACIMIENTO ____ / ____ / ____ PESO _____ ALTURA _____ IMC _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

email _____ DEPORTE PRACTICADO _____

AÑOS DE PRÁCTICA _____ HORAS ENTRENAMIENTO/SEMANA _____ PROFESIONAL AFICIONADO

2. HISTORIA DENTAL

Última visita al dentista: 0-6 meses 6-12 meses >1 año Frecuencia de revisiones: 1/año 2 o más/año <1/año

Tratamientos realizados: Obturaciones Endodoncia Extracción Prótesis Cirugía Implante
Tratamiento periodontal Ortodoncia

Alergia medicamentos: Sí No Medicación actual: _____

Antecedentes médicos: _____

Ha tenido alguna vez: Lesión mandibular: Sí No Especificar en caso afirmativo: _____

Ha tenido alguna vez: Traumatismo dentario: Sí No Especificar en caso afirmativo tipo de traumatismo
Diente afectado: _____

Higiene bucodental: N° de cepillados/día: _____ Tiempo de cepillado (minutos): _____

Tipo cepillo: Manual Eléctrico Ambos Higiene interdental: Sí No Colutorio de flúor: Sí No

Dieta: Bebidas carbonatadas o energéticas (n° al día): _____ Tabaco (cigarrillos al día): _____ Alcohol (bebidas al día): _____

Protector bucal: Sí No Tipo: Prefabricado A medida Te lo pones siempre: A veces Nunca o casi nunca

¿CON QUÉ FRECUENCIA HAS TENIDO LOS SIGUIENTES PROBLEMAS EN EL ÚLTIMO MES?	MUY A MENUDO	BASTANTE A MENUDO	OCASIONALMENTE	CASI NUNCA	NUNCA
Problemas para masticar o comer algunos alimentos como consecuencia de problemas en dientes, boca, prótesis o mandíbula.					
Has tenido dolor en la boca.					
Te has sentido incómodo por la apariencia de tus dientes, boca o prótesis.					
Has sentido que ha disminuido el gusto de los alimentos como consecuencia de problemas en dientes, boca o prótesis.					
Has tenido problemas para realizar tu actividad habitual deportiva como consecuencia de tus dientes, boca o prótesis.					

3. EXPLORACIÓN BUCODENTAL

Mucosa y lengua:

Paladar:

Erosiones dentales:

Índice BEWE: 0 1 2 3

Bruxismo/rechinamiento: Sí No

Apretamiento: Diurno Nocturno Ambos

Clase canina: Dcha. Izda. Clase molar: Dcha. Izda.

Resalte (mm): Sobremordida Abierta Normal Profunda

Línea media superior: Centrada Desviada a derecha Desviada a izquierda

Mordida cruzada: Anterior Posterior Anterior y posterior

Apiñamiento superior: Diastemas No Leve Moderado Severo

Apiñamiento inferior: Diastemas No Leve Moderado Severo

Índice CAOD (Cariados+Ausentes+Obturados)								Cariados	Ausentes	Obturados	CAOD					
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	

4. EXAMEN PERIODONTAL

IP: Índice placa Quigley & Hein 0-3 0 1 2 3

IG: Índice gingival Loe & Silness 0-3 0 1 2 3

Recesión: Sí No Sin patología periodontal

Movilidad: Sí No Gingivitis y/o cálculo

CAL (mm): Pérdida de inserción máxima: mm Periodontitis moderada

BOLSAS (mm): Bolsa periodontal máxima: mm Periodontitis severa

5. EVALUACIÓN MUSCULOESQUELETICA Y ATM

Refiere dolor en la cara y/o en las sienas: Sí No

Dolor a la palpación muscular: Sí No

Ruido en la ATM: Sí No

Dolor a palpación de ATM: Sí No

Limitación movimiento mandibular: Sí No

6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

FOTOGRAFÍAS: Intraorales:

Extraorales:

EXAMEN RADIOLOGICO: Ortopantomografía:

Teleradiografía:

CBCT:

MODELOS ESTUDIO OCLUSAL: Sí No

OTRAS PUEBAS (especificar):

7. RESULTADOS DEL PROTOCOLO DE CRIBADO DENTAL DEPORTIVO

EL DEPORTISTA SE ENCUENTRA EN EL GRUPO:

 VERDE. Sin patologías y sin hallazgos funcionales.

 AMARILLO. Presencia de, al menos, alguna patología o hallazgo funcional.

 ROJO. Presencia de múltiples y severas patologías y/o hallazgos funcionales.