



ARMADA NACIONAL
REPUBLICA DE COLOMBIA

FORMATO CONCEPTO DE ORTODONCIA

Proceso: Administración del Talento Humano

Autoridad: JEDHU

Código: ADMTTHH-FT-3475-JEDHU-V01

Rige a partir de: 09/05/2014

Página 1 de 2

I. DATOS DEL ASPIRANTE

Nombres y apellidos: _____.

Identificación: _____ . Fecha: _____.

=====

II. DIAGNOSTICOS INICIALES.

- 1. _____ 2. _____
- 3. _____ 4. _____

III. HALLAZGOS AL EXAMEN ODONTOLOGICO.

Clasificación Dental: _____ Relación Canina: _____

Perfil Facial: _____

Tipo de Apilamiento: _____ Overbite: _____ mm Overjet: _____ mm

Requiere CX Ortognatica: SI _____ NO _____

IV. FECHA INICIO DE TRATAMIENTO: día // Mes // Año

V. TRATAMIENTO REALIZADO: _____

VI. EVOLUCION DEL TRATAMIENTO (Especificar en % la corrección a la fecha): _____

VII. TIEMPO PARA FINALIZAR EL TRATAMIENTO (desde la fecha que se diligencia este formato):

_____ MESES.

Firma y Sello de Ortodoncista Tratante

Reg. _____

Cel. o Tel _____

NOTA: Este formato debe tener firma y sello legibles del especialista.

 ARMADA NACIONAL REPUBLICA DE COLOMBIA	FORMATO CONCEPTO DE ORTODONCIA	
	Proceso: Administración del Talento Humano	Autoridad: JEDHU
Código: ADMTTHH-FT-3475-JEDHU-V01	Rige a partir de: 09/05/2014	Página 2 de 2

INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

Objetivo:

Este formato ha sido creado con el fin obtener una **información clara, detallada y óptima**, de la **valoración por ORTODONCISTA** de los pacientes que requieren o presentan tratamiento de ortodoncia por presentar alteraciones en oclusión o de los maxilares; para así definir aptitud y continuar en el proceso.

Instrucciones de Diligenciamiento:

- (a) Nombre completo del aspirante
- (b) Documento de Identificación del aspirante
- (c) Fecha de la valoración por parte del Ortodoncista
- (d) Se deben colocar los diagnósticos a la fecha de la evaluación o cuando se inicie el tratamiento de Ortodoncia.
- (e) Especificar el tipo de oclusión en relación a los molares.
- (f) Registrar el tipo de relación canina, si es Clase I, II o III canina.
- (g) Especificar el tipo de perfil facial del aspirante; si es Convexo, Recto o Cóncavo.
- (h) Colocar, si presenta apiñamiento este puede ser Leve, Moderado o Severo.
- (i) Overbite, especificar medidas en milímetros.
- (j) Overjet, especificar medidas en milímetros.
- (k) Marcar con una **X** si el aspirante según criterio del Ortodoncista, requiere de cirugía Ortognatica.
- (l) Colocar la fecha en la cual se inició el tratamiento de Ortodoncia, si presenta.
- (m) Especificar el tipo de tratamiento de Ortodoncia que se inició o presenta el aspirante.
- (n) Se debe registrar la evolución del tratamiento en porcentaje (%), desde la fecha en que se inició el tratamiento hasta la fecha de diligenciamiento del formato.
- (o) Registrar el tiempo en **meses** para finalizar el tratamiento de Ortodoncia, desde la fecha en la que se diligencia este formato.
- (p) Firma, registro, numero de Celular o Teléfono y sello legibles del **Ortodoncista tratante**.

NOTA: ESTE FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO UNICA Y EXCLUSIVAMENTE POR EL ODONTOLOGO ESPECIALISTA EN ORTODONCIA.