

Checklist - Lista de verificación: (antes de retirar el aparato de ortodoncia)

Nombre:	Edad:	Ortodoncista:
1- Salud Bucal	Responder:	Comentarios:
a. Ausencia de caries dental	() Sí () No	_____
b. Ausencia de descalcificación	() Sí () No	_____
c. Ausencia de recesión periodontal	() Sí () No	_____
d. Ausencia de reabsorción radicular	() Sí () No	_____
e. Paralelismo de raíces	() Sí () No	_____
2- Estética		
a. Facial – Frontal		
I- Simetría	() Sí () No	_____
II- Tercios Faciales Proporcionales	() Sí () No	_____
b. Facial - Perfil		
I- Total - Perfil ortognático	() Sí () No	_____
II- Tercio Inferior – Línea “S” (u otra línea de referencia)	() Sí () No	_____
c. Estética Dental		
I- Labios en reposo: 3 - 5 mm	() Sí () No	_____
II- Sonrisa		
1- Bordes incisales - dientes maxilares. Arco de la sonrisa	() Sí () No	_____
2- Contorno gingival y exposición: 0 a + 2mm	() Sí () No	_____
3- Visualización de incisivos en sonrisa: 10 a 12mm	() Sí () No	_____
4- Formas, Posiciones y Tamaños: Proporcionales.	() Sí () No	_____
5- Vista en proporciones estéticas: 100:60%.	() Sí () No	_____
3- Oclusión		
a. Vista Oclusal	() Sí () No	_____
I- Puntos de contacto correctos	() Sí () No	_____
II- Ausencia de rotaciones	() Sí () No	_____
III- Nivelación de los rebordes marginales	() Sí () No	_____
b. Vista Lateral View – De posterior a anterior.		
I- Relación Molar (Cúspide distal bucal de 6 s. entre 6 y 7 i.)	() Sí () No	_____
II- Relación oclusal (horizontal)	() Sí () No	_____
III- Contactos oclusales (verticales)	() Sí () No	_____
IV- Torque anterior superior y resalte	() Sí () No	_____
V- Plano oclusal (plano o curva suave)	() Sí () No	_____
c. Vista Frontal		
I- Incisivos Maxilares M-D (inclinaciones a la línea media)	() Sí () No	_____
II- Incisivos mandibulares M-D. (leve a la l. media o vertical)	() Sí () No	_____
III- Línea media (0 a 2,5 mm a la cara)	() Sí () No	_____
IV- Torque maxilar posterior (en masa)	() Sí () No	_____
V- Torque mandibular posterior – progresivo	() Sí () No	_____
4- Función		
a. Relación Céntrica = MI (Sin deslizamiento, sin interferencia)	() Sí () No	_____
b. Guía de incisivos (Sobressaliência y Sobremordida = 2 a 3 mm)	() Sí () No	_____
c. Guía por los dientes caninos (Sin interferencia con posteriores)	() Sí () No	_____
d. ATM saludable	() Sí () No	_____
5- Estabilidad		
a. Mantenimiento de la distancia entre dientes caninos	() Sí () No	_____
a. Mantenimiento de la forma del arco mandibular	() Sí () No	_____
c. Posiciones A-P de los incisivos inferiores (mantener o erguidos)	() Sí () No	_____
d. Plano mandibular mantenido	() Sí () No	_____
e. Retención mandibular (definida)	() Sí () No	_____
f. Retención maxilar (definida)	() Sí () No	_____
6- Consideraciones Generales		
a. Estabilidad de los incisivos mandibulares	() Sí () No	_____
b. Ortodoncia 11/10 (sobre correcciones)	() Sí () No	_____
c. Caso atípico o inusual	() Sí () No	_____
d. colaboración del paciente	() Sí () No	_____
e. Otras Consideraciones		_____
7- Conclusiones sobre el caso		
a. Buen o excelente tratamiento	() Sí () No	_____
b. Notas:		_____