

1. INFORMACIÓN GENERAL (completado por el atleta)

NOMBRE \_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_ SEXO M/F F. N. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ALTURA \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ (calle) \_\_\_\_\_ (número) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (C.P.) \_\_\_\_\_ (país) \_\_\_\_\_  
 NUMERO TELEFÓNICO \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_ DEPORTE \_\_\_\_\_  
 AÑOS DE EXPERIENCIA \_\_\_\_\_  
 EQUIPO ACTUAL \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_ DOCTOR \_\_\_\_\_ DENTISTA \_\_\_\_\_

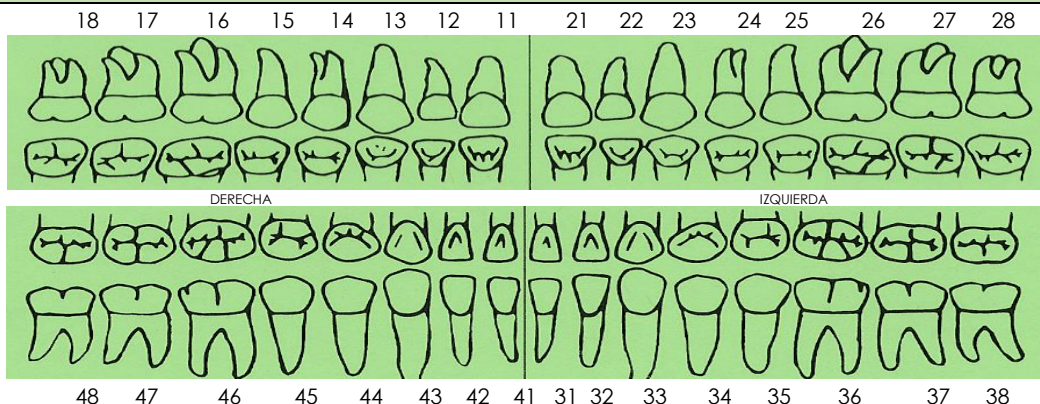
2. ANTECEDENTES DENTALES (completado por el atleta)

**Última visita al dentista:** 0-6 meses \_\_\_ 6-12 meses \_\_\_ >1 año \_\_\_ **Revisiones dentales:** 1/año \_\_\_ 2 ó más/año \_\_\_ <1 año \_\_\_  
**Tratamientos dentales anteriores:** obturaciones \_\_\_ tratamientos de conducto \_\_\_ exodoncias \_\_\_ prótesis \_\_\_ cirugías \_\_\_  
 implantes \_\_\_ periodontal \_\_\_ dentaduras \_\_\_ ortodoncia \_\_\_ año de finalización \_\_\_  
**Alergias/intolerancia a medicamentos:** sí / no medicamentos: \_\_\_\_\_  
**Alguna vez experimentaste:** lesión mandibular sí / no especificar: \_\_\_\_\_  
**Dieta:** bebidas con gas, caramelos, bebidas isotónicas (veces al día) \_\_\_\_, fumar/mascar tabaco(veces al día) \_\_\_ bebidas  
 alcohólicas al día \_\_\_  
**PROTECTOR BUCAL:** sí / no tipo: individualizado \_\_\_ prefabricado \_\_\_ hervir & morder \_\_\_ férula oclusal: sí / no  
 Lo utilizas: siempre \_\_\_ a veces \_\_\_ nunca \_\_\_

¿Cuántas veces has tenido este problema en el último mes?	A menudo	A veces	Ocasionalmente	Casi nunca	Nunca
¿Ha tenido problemas para masticar algún alimento por problemas en su boca, dientes, prótesis o mandíbula?					
¿Ha tenido dolor en la boca?					
¿Se ha sentido incómodo con la apariencia de su boca, dientes, prótesis o mandíbula?					
¿Ha sentido que los alimentos tienen menos sabor debido a problemas de su boca, dientes, prótesis o mandíbula?					
¿Ha tenido dificultades para realizar sus trabajos habituales debido a problemas con su boca, dientes, prótesis o mandíbula?					

3. EXAMEN DENTAL INICIAL (completado por el dentista)

																	PUNTUACIÓN GENERAL			
Negativo a la Temperatura																				
Positivo a la Percusión																				
Positivo a la Presión																				
Desmineralización																				
Erosión																				
Abrasión																				
Atrición																				
ICDAS (0 a 6)																				
Índice de trauma dental Eden-Baysal																				
CPOD (Índice de Diente Cariado Perdido Obturado)																				



																	PUNTUACIÓN GENERAL			
Negativo a la Temperatura																				
Positivo a la Percusión																				
Positivo a la Presión																				
Desmineralización																				
Erosión																				
Abrasión																				
Atrición																				
ICDAS (0 a 6)																				
Índice de trauma dental Eden-Baysal																				
CPOD (Índice de Diente Cariado Perdido Obturado)																				

Completar con estos símbolos en el recuadro de cada diente en presencia de: diente obturado (•), diente perdido (x), diente no vital (I), diente infectado/absceso (O), diente con corona/prótesis (U), diente fisurado (/)

4. EVALUACIÓN PERIODONTAL (completado por el dentista)

PUNTUACIÓN GENERAL

BOP (sí/no)																		
IP <small>Índice de placa Quigley &amp; Hein Puntuación 0 a 3</small>																		
IG <small>Índice Gingival Loe &amp; Silness Puntuación 0 a 3</small>																		
Recesión																		
Movilidad																		
PIC (mm)																		
PBS (mm)	B																	
	L																	
	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		
PBS (mm)	B																	
	L																	
PIC (mm)																		
Movilidad																		
Recesión																		
IG																		
IP																		
BOP (sí/no)																		

Evaluación Cáncer oral	Normal	Anormal	Notas
Paladar			
Labios			
Lengua			
Garganta/cuello			
Mejillas			

Suelo de boca	Normal	Anormal	Notas
Frenillo			
Saliva	pH:		Fluido: ml/min
Diagnóstico	P	G	Periodontitis (P) / Gingivitis (G)

5. EVALUACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA (completado por el dentista)

**Siente dolor en la cara y/o sien:** sí / no, **Ruido ATM:** sí / no, **Limitación Movimiento Mandibular:** sí / no, **Dolor muscular a la palpación:** sí / no, **Dolor ATM a la palpación:** sí / no

Análisis Funcional \_\_\_\_\_ Asimetría \_\_\_\_\_ Apertura/Cierre de la boca \_\_\_\_\_ Desviación (mm) \_\_\_\_\_

Limitación de movimientos	mm		Desviación	Cierre		D	I	Músculos				
				Ruido						Dolor	Tensión	
Sobremordida			D	I				Masetero superficial	D	I	D	I
Apertura bucal Máx.			D	I				Masetero profundo	D	I	D	I
Laterotrusión DER			D	I				Temporal anterior	D	I	D	I
Laterotrusión IZQ			D	I				Pterigoideo lateral	D	I	D	I
Protrusión			D	I	Desviación			Músculo Trapecio	D	I	D	I
Retrusión			D	I	20			Digástrico	D	I	D	I
Palpación/ATM				D		I		Esternocleidomastoideo	D	I	D	I
Dolor lateral			D	I	20			Apertura contra resistencia	D	I	D	I
Dolor posterior			D	I	40			Contra resistencia lateral	D	I	D	I
Dolor intra-meatal			D	I	60			Contra resistencia lateral	D	I	D	I

**EXAMEN RADIOGRÁFICO REALIZADO:** (adjunto): panorámica \_\_\_ aletas mordida \_\_\_ otro \_\_\_ **REGISTRO OCLUSAL TOMADO:** sí / no  
**EVALUACIÓN ORTODONCIA:** Clase de Angle: \_\_\_\_\_ **PRESENTA DOLORS DE CABEZA:** sí / no - diurno / nocturno / al ejercitarse

6. ATLETAS PARALÍMPICOS (completado por el dentista)

**Discapacidad:** Física \_\_\_ Sensorial \_\_\_ Intelectual \_\_\_ Primera aparición: \_\_\_\_\_ (fecha)

**Causas:** Genética \_\_\_ Congénita \_\_\_ Traumática \_\_\_ Enfermedad \_\_\_ Degenerativa \_\_\_ **Deporte antes de la discapacidad:** \_\_\_\_\_

Función de las extremidades	Derecha	Superior			Inferior		
		Normal	Reducida	Ausente	Normal	Reducida	Ausente
	Izquierda	Normal	Reducida	Ausente	Normal	Reducida	Ausente

Enfermedad: \_\_\_\_\_ Medicación: \_\_\_\_\_ Rehabilitación: sí / no

7. RESULTADO DE LA EVALUACIÓN DENTAL A DEPORTISTAS

**EL ATLETA ESTÁ EN EL GRUPO:** VERDE AMARILLO ROJO

(Según la guía de la FDI: Verde/sin hallazgos patológicos y/o funcionales, Amarillo/presencia de al menos una patología y/o hallazgo funcional, Rojo/Graves, múltiples patologías y/o hallazgos funcionales)

**APTO PARA LA PRÁCTICA DEPORTIVA:** SÍ / NO