



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO  
DE GUAYAQUIL**

**Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Odontología**

**"Protector Bucal como Coadyuvante para el Rendimiento en los  
Atletas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil"**

**TRABAJO DE GRADUACION**

*Previa a la Obtención del Título de:*

**ODONTOLOGA**

**A U T O R**

**Heydi Estefanía Murales Campoverde**

**Director Académico**

**Dr. Juan Carlos Gallardo Bastidas**

**Guayaquil - Ecuador**

**2012 - 2013**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**“PROTECTOR BUCAL COMO COADYUVANTE  
PARA EL RENDIMIENTO EN LOS ATLETAS DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE  
GUAYAQUIL”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**  
Previa a la obtención del título de:

**ODONTÓLOGA**

**AUTOR:**

**HEYDI ESTEFANÍA MORALES CAMPOVERDE**

**DIRECTOR ACADÉMICO:**  
**DR. JUAN CARLOS GALLARDO BASTIDAS**

**Guayaquil-Ecuador**

**2012-2013**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

TEMA:

PROTECTOR BUCAL COMO COADYUVANTE PARA EL RENDIMIENTO EN LOS ATLETAS  
DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

Previa la obtención del Título

ODONTÓLOGA

ELABORADO POR:

MORALES CAMPOVERDE HEYDI ESTEFANÍA

GUAYAQUIL, SEPTIEMBRE DE 2012



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

## CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Srta. MORALES CAMPOVERDE HEYDI ESTEFANÍA como requerimiento parcial para la obtención del título de ODONTÓLOGA

Guayaquil, Septiembre de 2012

DIRECTOR

REVISADO POR

RESPONSABLE ACADÉMICO



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

ODONTOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, MORALES CAMPOVERDE HEYDI ESTEFANÍA

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación, en la biblioteca de la institución del proyecto titulado: "PROTECTOR BUCAL COMO COADYUVANTE PARA EL RENDIMIENTO EN LOS ATLETAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL", cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Guayaquil, Septiembre del 2012

EL AUTOR

MORALES CAMPOVERDE HEYDI ESTEFANÍA

# ÍNDICE GENERAL

<i>“PROTECTOR BUCAL COMO COADYUVANTE PARA EL RENDIMIENTO EN LOS ATLETAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL”</i> .....	8
--	---

INTRODUCCIÓN .....	9
--------------------	---

## CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS .....	10
----------------------------	----

1.1 MATERIALES: .....	10
-----------------------	----

1.1.1 Materiales de Fabricación .....	10
---------------------------------------	----

1.1.2 Instrumental de Laboratorio .....	11
---	----

1.1.3 Máquinas de Laboratorio .....	11
-------------------------------------	----

1.1.4 Adicionales .....	12
-------------------------	----

1.2 METODOLOGÍA: .....	12
------------------------	----

1.2.1 Primera Fase .....	13
--------------------------	----

1.2.2 Segunda Fase .....	14
--------------------------	----

1.3 RESULTADOS .....	15
----------------------	----

1.3.1 RECOPIACIÓN DE LA ENCUESTA .....	16
--	----

1.3.2 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA .....	17
---	----

## CAPÍTULO II

PROTECTORES BUCALES .....	23
---------------------------	----

2.1 DEFINICIÓN DE PROTECTOR BUCAL .....	23
---	----

2.2 TIPOS DE PROTECTORES BUCALES .....	24
--	----

2.2.1 Protectores Bucales Tipo I o de Surtido .....	24
---	----

2.2.2 Protectores Bucales Tipo II o Semiadaptables .....	25
--	----

2.2.3 Protectores Bucales Tipo III o Personalizados, Hechos a Medida .....	26
--	----

2.2.3.1 Clasificación de Protector Bucal Tipo III .....	26
---	----

2.2.3.1.1 Hechos a medida unilaminados .....	27
--	----

2.2.3.1.2 Hechos a medida multilaminados .....	28
--	----

2.2.3.2	Diseños de Protectores Bucales tipo III, multilaminados .....	29
2.2.3.3	Características del Protector Bucal Tipo III.....	32
2.2.3.4	Ventajas del Protector Bucal Tipo III .....	32
2.2.3.3	Desventajas Del Protector Bucal Tipo III .....	33
2.2.3.4	Mantenimiento del Protector Bucal Tipo III.....	33
2.2.3.5	Remplazo del Protector Bucal Tipo III .....	33

### **CAPÍTULO III**

#### **IMPORTANCIA DEL USO DE LOS PROTECTORES BUCALES TIPO III Y EL ROL DEL ODONTÓLOGO .....**

**34**

3.1	IMPORTANCIA DEL USO DEL PROTECTOR BUCAL TIPO III.....	34
3.2	ROL DEL ODONTÓLOGO EN EL EQUIPO DEPORTIVO .....	36
3.2.1	Responsabilidades y Funciones del Odontólogo en el Equipo Deportivo .....	37
3.2.2	Campo de Acción del Odontólogo en el Deporte .....	39
3.3	PROTECTOR BUCAL TIPO III EN LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS .....	40
3.4	PROTECTOR BUCAL EN EL RENDIMIENTO DEPORTIVO .....	41
3.4.1	Aumenta la fuerza.....	41
3.4.2	Mejora el Equilibrio.....	42
3.4.3	Aumenta la resistencia.....	42
3.4.4	Acelera el tiempo de Reacción Auditiva y Visual.....	42
3.4.5	Reduce el estrés Atlético.....	43
3.4.6	Reduce el impacto.....	44
3.5	CONFECCIÓN DEL PROTECTOR BUCAL TIPO III.....	45
3.5.1	Primera Cita: .....	45
3.5.2	Segunda Cita: .....	51
3.5.3	Tercera Cita: .....	52

### **CAPÍTULO IV**

#### **CASOS CLÍNICOS .....**

**54**

4.1	INFORMACIÓN DE PACIENTE N° 1 .....	55
-----	------------------------------------	----

4.1.1	Primera Cita .....	56
4.1.2	Segunda Cita.....	61
4.1.3	Tercera Cita.....	64
4.2	INFORMACIÓN DE PACIENTE N° 2 .....	65
4.2.1	PRIMERA CITA .....	66
4.2.2	SEGUNDA CITA.....	70
4.2.3	TERCERA CITA.....	72
	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>73</b>
	<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>74</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>121</b>



**“PROTECTOR BUCAL COMO COADYUVANTE PARA EL  
RENDIMIENTO EN LOS ATLETAS DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE  
GUAYAQUIL”**

## **INTRODUCCIÓN**

Desde la antigüedad se ha utilizado aparatos en la boca para potencializar la fuerza del que lo usa, como es, en la época romana cuando los peleadores mordían la correas de cuero de sus cascos cuando estaban en batalla o como también es el caso en la Guerra Civil de Norte América (1861 – 18965) cuando los soldados mordían la bala para soportar el dolor antes de la amputación de alguna extremidad; pero ya en 1890 se desarrollaron los primeros protectores bucales y fue Woolf Krause (dentista londinense) quien creó los primeros protectores bucales para jugadores de box.

Es aquí donde se va abriendo campo la odontología deportiva que no solo está orientada al estudio, control, prevención y tratamiento de las lesiones bucales y faciales con el fin de prevenir sino también hoy en día enfocada a mejorar el rendimiento físico del atleta como mencionan Arana Ochoa JJ. y Newsome y col. en sus diferentes investigaciones. Es aquí donde estudiaremos y evaluaremos de manera cualitativa dentro de nuestra comunidad universitaria si el uso del protector bucal tipo III actúa o no como agente coadyuvante en las competencias deportivas, ya que en pocas disciplinas deportivas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil se utiliza el protector bucal lo cual es primordial entre sus 18 deportes de contacto según la Asociación Dental Americana; luego, mediante una indagación posterior determinamos si al uso del protector bucal aumentará el rendimiento físico del atleta, según como menciona Roettger en el 2009 en su investigación <sup>(2, 24, 26)</sup>.

Cabe recalcar que el desempeño físico de los atletas es primordial para obtener buenos resultados en las temporadas de juego es por esto que en nuestro estudio definiremos 5 variables que son: adaptabilidad, estabilidad, respiración, comunicación entre el equipo, y sensación de relajación de la cara, que hacen que el protector bucal tipo III sea un objeto importante al momento de utilizarlo en el campo de juego durante las competencias en lo referente al rendimiento físico, pero para esto tenemos que determinar que protector se adapta a cada disciplina según su grosor y diseño.

# **CAPÍTULO I**

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **1.1 MATERIALES:**

Los materiales que se utilizaron estuvieron destinados para confeccionar protectores bucales mono-laminados y bilaminados, y estos materiales son:

#### **1.1.1 Materiales de Fabricación**

- Tazas de caucho
- Juegos de cubetas(XS – S – M – L - XL)
- Fundas de alginato
- Agua
- Libras de yeso modelo
- Libras de yeso piedra

- Juego de sócalo (S – M – L)
- Aislante
- Silicona Speedex Pesada
- Láminas de cera
- Láminas Acetato de Vinil Etileno, 2mm de grosor – transparente (Erkoflex)
- Láminas Acetato de Vinil Etileno, 2mm de grosor– colores surtidos (Erkoflex)
- Láminas Acetato de Vinil Etileno, 4mm de grosor– colores surtidos (Erkoflex)
- Litro de Alcohol al 98%
- Paquete de Gasas

#### **1.1.2 Instrumental de Laboratorio**

- Espátula de alginato
- Espátula de yeso
- Punta en flama de corindón rosada
- Punta cilíndrica de abrasivo rígido rosado de corindón
- Rueda de felpa
- Mandril
- Tijeras
- Articuladores Semiajustables

#### **1.1.3 Máquinas de Laboratorio**

- Vibrador
- Recortadora
- Vacumm

#### **1.1.4 Adicionales**

- Historia Clínica
- Micromotor
- Pistola de aire caliente
- Campos
- Cámara digital Fujifilm de 16 Megas CMOS

#### **1.2 METODOLOGÍA:**

En este estudio se realizó una investigación descriptiva que tuvo como finalidad determinar de manera cualitativa por medio de variables si los atletas sienten aumento del rendimiento físico durante las actividades deportivas; se dividió en dos fases: *primero*, la práctica en la que realizó la confección del protector bucal personalizado tomando y estandarizando tres técnicas de diferentes autores, haciendo una nueva con materiales que se encuentran en nuestro medio, y *segundo*: una de indagación la cual por medio de encuestas determinamos si las variables: sensación de relajación de músculos masticatorios, estabilidad, adaptabilidad, flujo de aire hacia los pulmones, fonación fueron o no tan eficaces al momento del rendimiento de los atletas.

La muestra fue tomada de la Unidad de Deportes y Recreación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (Anexo 01), entre sus 26 disciplinas deportivas para seleccionar la muestra se requerirá que en el deporte que practiquen exista colisión o contacto entre atletas, siendo las disciplinas que seleccionamos rugby y judo en los cuales también se incluyen refuerzos para la universidad; primero, se les realizó un chequeo visual a todos los integrantes de las disciplinas de judo y rugby teniendo en cuenta que la muestra a seleccionar debía presentar la mayor

parte de dientes superiores en boca y debiendo excluir a los atletas que presenten mal oclusión clase III o que presenten diastemas  $>4$  mm; el chequeo visual dio como resultado que 15 atletas cumplían con los requisitos antes mencionados. La confección de los protectores bucales tipo III o hechos a medida fue realizada en los cubículos y laboratorio de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

La muestra de 15 atletas (Fig. 1) que cumplieron con los requisitos de la muestra tiene edades entre los 18 y 26 años (promedio de 22 años), sin interés de género, se les hizo llenar una historia clínica como rutina (Anexo del 02 al 16).



**Fig. 1: Seleccionados de Rugby en entrenamiento**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

### **1.2.1 Primera Fase**

La primera fase consistió en la elaboración del protector bucal tipo III (Capítulo III, 3.5) donde estandaricé tres técnicas de laboratorio de los autores Baca García P y Baca García AP, Dr. Elvin Mancebo y las de la casa comercial Erkodent<sup>®</sup> con los materiales disponibles en nuestro medio, después de haber terminado la confección de los Protectores Bucales tipo III, noté que se puede reducir los costos de un protector bucal hecho a media con respecto a los costos de otros países; luego, se lo entregué al atleta y le dimos una pequeña charla informativa acerca del uso

protectores bucales tipo III, ya que en la segunda fase de nuestro estudio determinamos que tan eficaces fueron estos al momento del juego con respecto al rendimiento físico.

Los atletas utilizaron el protector bucal personalizado por dos meses durante los entrenamientos como en las competiciones.

### **1.2.2 Segunda Fase**

La segunda fase consistió en la indagación por medio de encuestas (Anexo de 17 al 31) que nos va a permitir determinar que tan eficaces han sido los protectores bucales tipo III con respecto al rendimiento físico o desempeño de los atletas, mediante las siguientes variables que son:

- Sensación de relajación de músculos masticatorios
- Estabilidad del protector bucal personalizado durante los partidos
- Adaptabilidad
- Sensación del flujo de aire hacia los pulmones
- Comunicación entre el equipo durante el partido

Se realizaron tabulaciones de acuerdo a los resultados obtenidos por medio de las encuestas después de dos meses de uso de los protectores bucales tipo III durante los entrenamientos como en las competiciones deportivas.

### 1.3 RESULTADOS

Muestra	Judo	Rugby
Hombre	7	3
Mujer	1	4
TOTAL	8	7

Total de la muestra 15

Edad promedio: 22 años

Tabla 1: Recopilación de la muestra

Fuente: Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



Edad promedio: 22 años

Gráfico 1: Recopilación de la Muestra

Fuente: Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

FASES	Método
1	Confección de Protectores Bucales Tipo III
2	Encuesta

Tabla 2: Fases de la elaboración del trabajo

Fuente: Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**1.3.1 RECOPIACIÓN DE LA ENCUESTA**

Preguntas	1		2			3		4		5		6	
	Si	No	0	1	>1	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Nº 1	x		x				x		x		x	x	
Nº 2	x		x				x	x			x	x	
Nº 3	x		x				x		x		x	x	
Nº 4	x		x				x		x		x	x	
Nº 5		x	x				x		x		x	x	
Nº 6		x	x			x		x			x		x
Nº 7	x		x				x	x			x	x	
Nº 8	x		x				x		x		x	x	
Nº 9	x		x				x		x		x	x	
Nº 10	x		x				x		x		x	x	
Nº 11	x		x				x		x		x	x	
Nº 12	x		x				x		x		x	x	
Nº 13	x		x				x		x		x	x	
Nº 14	x		x				x		x		x	x	
Nº 15	x		x			x			x		x	x	
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>1</b>

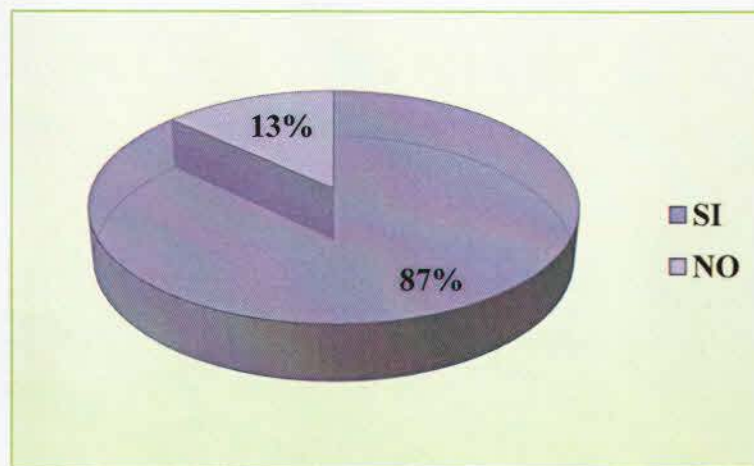
**Tabla 3: Resumen del Resultado de las Encuestas**

Fuente: Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador

### 1.3.2 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA

#### Pregunta 1:

**¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?**



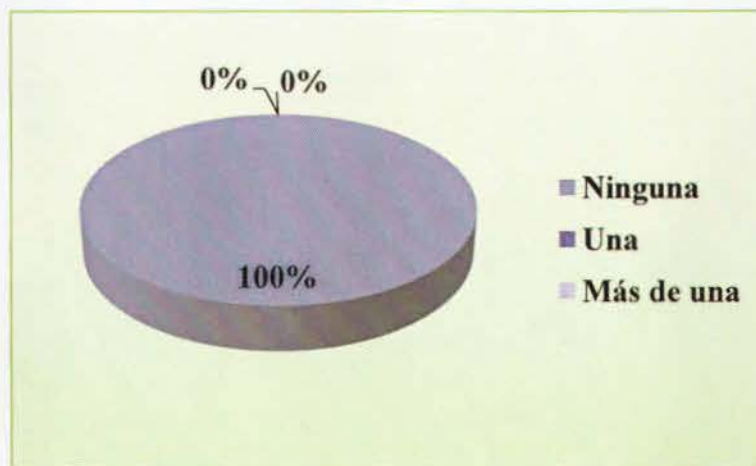
**Gráfico 2: Relajación entre maxilares**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Representación gráfica # 2. Nos demuestra que el 87% de la muestra sintió relajación de los músculos masticatorios mientras usaba el protector bucal, y el 13% no sintió ningún cambio. La mayor parte de la muestra expresó que se sentían sin presión.

**Pregunta 2:**

**¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?**



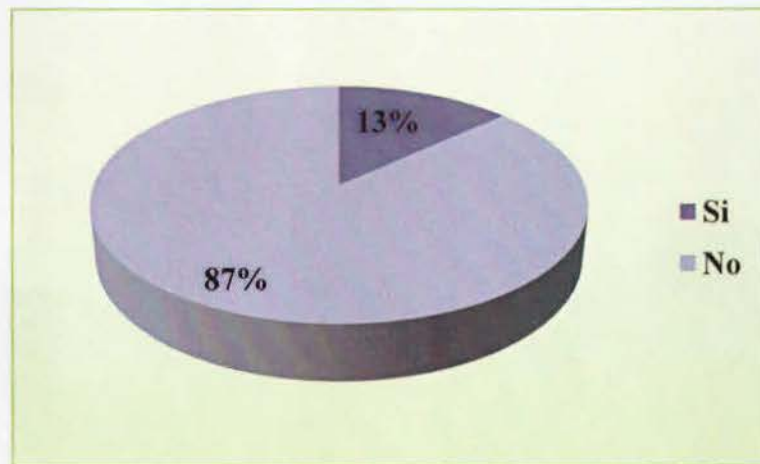
**Gráfico 3: Estabilidad del protector bucal tipo III**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Representación gráfica # 3. Nos demuestra que al 100% de la muestra no se le cayó en ningún momento el protector bucal mientras entrenaba o competía.

**Pregunta 3:**

**¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?**

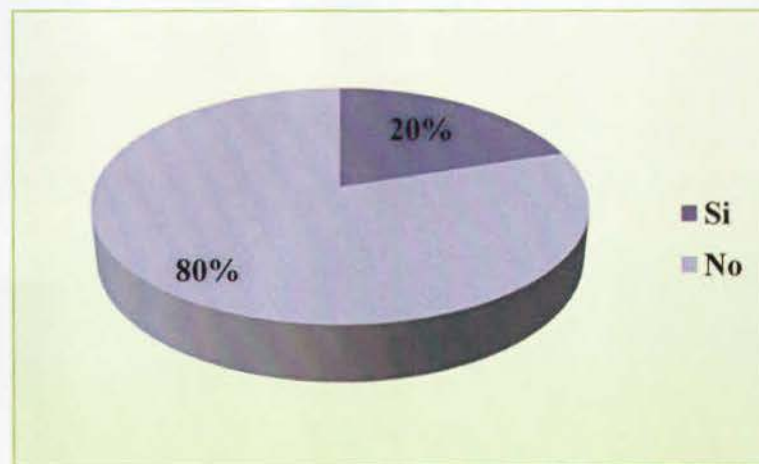


**Gráfico 4: Adaptabilidad**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Representación gráfica # 4. Nos demuestra que al 87% de la muestra no les molestas el protector bucal cuando lo utilizan durante la actividad deportiva, expresaron que el protector bucal es totalmente cómodo, mientras que el 13% sintió molestia.

**Pregunta 4:**

**¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?**



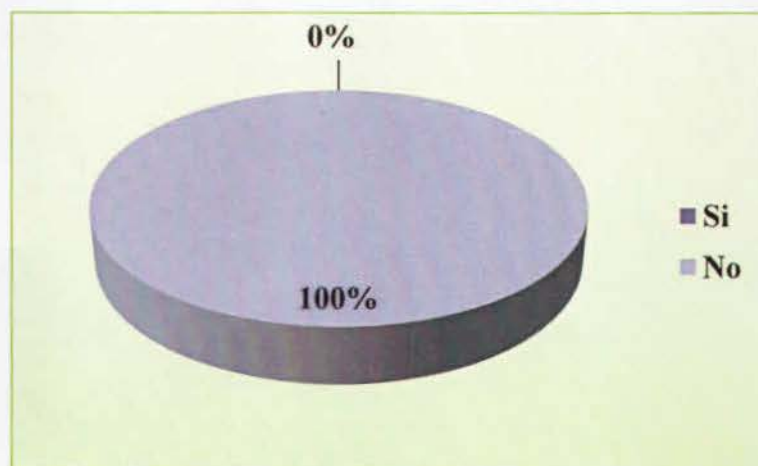
**Gráfico 5: Flujo de aire hacia los pulmones**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Representación gráfica # 5. Nos demuestra que el 80% de la muestra no sintió disminución de la respiración con el uso del protector bucal tipo III, mientras que el 20% sí. La mayor parte de la muestra dijo que era como no tener nada en la boca.

**Pregunta 5:**

**¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su  
compañero de equipo?**



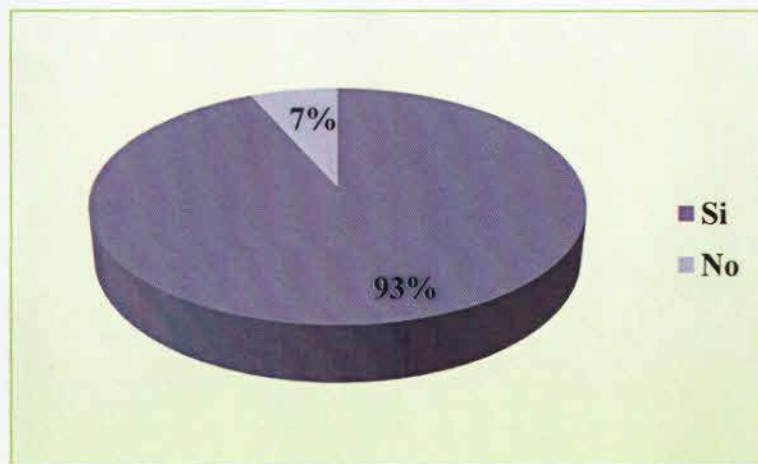
**Gráfico 6: Comunicación entre los atletas del equipo**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Representación gráfica # 6. Nos demuestra que el 100% de la muestra no tuvo inconvenientes al momento de comunicarse con su compañero de equipo mientras usaba el protector bucal tipo III, reportaron que se podía vocalizar de manera normal.

**Pregunta 6:**

**¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?**



**Gráfico 7: Rendimiento Físico**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Representación gráfica # 7. Nos demuestra que el 93% de la muestra sintió un cambio favorable en su rendimiento físico, dijeron que sienten más fuerza y coraje al apretar los dientes con el protector bucal puesto, mientras que el 7% restante no.

## **CAPÍTULO II**

### **PROTECTORES BUCALES**

#### **2.1 DEFINICIÓN DE PROTECTOR BUCAL**

Si Protector es igual a “Proteger” y Bucal es igual a “Boca”, la definición de protector bucal (Fig. 2) sería establecida como una prótesis intrabucal que protege a los dientes y los tejidos blandos de los diferentes traumatismos dentales debido a choque de los dientes inferiores sobre los superiores a causa de un traumatismo sobre la mandíbula o un golpe directo a la cara) que pueden producirse durante la práctica de cualquier actividad deportiva.





**Fig. 2: Protectores Bucales. (a) Preformado. (b) Individual**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador

## 2.2 TIPOS DE PROTECTORES BUCALES

Los protectores bucales se clasifican en tres tipos y comúnmente son elaborados a base de copolímero de polivinil-acetato-polietileno y son:

- Tipo I o Surtidos o estándar
- Tipo II o Semiadaptables
- Tipo III o Personalizados, hechos a medida.

### 2.2.1 Protectores Bucales Tipo I o de Surtido

También llamados protectores estándar son prefabricados en goma o plástico, no tienen ninguna prescripción odontológica, los podemos encontrar a la venta en las

tiendas de artículos deportivos (Fig. 2). Se caracterizan por quedar holgados, ya que se supone que se adaptan a todas las bocas y vienen en medidas estándar. Para mantenerlos en la boca de los atletas deben tener la boca cerrada y los dientes de ambos maxilares en contacto. No cumplen casi ninguna de las características ideales del PB, es por eso que el uso de este protector bucal no está indicado en ninguno de los deportes, ya que el atleta se cree protegido pero en realidad se expone más a los traumatismos <sup>(2, 3, 4)</sup>.

### 2.2.2 Protectores Bucales Tipo II o Semiadaptables

Consiste por regla general en una especie de cubeta de goma dura o plástico, en forma de herradura y en un contorno interior elástico que se ajusta a los dientes y que puede ser *termopolimerizable*, es decir, que se sumergen en agua caliente y es el atleta el que los conforma empleando presión al morder y un dedo o la lengua para adaptarlo a la mucosa (Fig. 2.1); o *autopolimerizable*, la cubeta se llena con el material elástico ablandado y se inserta en los dientes superiores, el atleta cierra, chupa y traga para la adaptación lingual y oclusal mientras que el dentista oprime los labios para obtener el reborde labial, una vez obtenido en boca el endurecimiento del material, recortamos los excesos con tijeras <sup>(2, 3, 4)</sup>.



**Fig. 2.1: Protector tipo II**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

### 2.2.3 Protectores Bucales Tipo III o Personalizados, Hechos a Medida

Los protectores bucales tipo III, individuales, personalizados o hechos a medida son los confeccionados especialmente por un odontólogo (Fig. 3) mediante moldes de yeso obtenidos de impresiones de alginato de la boca del atleta. Son utilizados tanto en actividades recreativas o de carácter profesional, una de las ventajas es que es un protector hecho a medida es decir puede individualizarse el diseño de acuerdo con la anatomía actual de la boca y el tipo de deporte que practica el atleta según la necesidad de protección pueden ser unilaminados o multilaminados siendo confeccionados con un material de primera elección llamado EVA – Acetato de Vinil Etileno. <sup>(2, 13, 14)</sup>



**Fig. 3: Protector tipo III**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

#### 2.2.3.1 Clasificación de Protector Bucal Tipo III

Se recomienda el uso de cada clasificación según las necesidades de protección del atleta, el deporte que practican.

### 2.2.3.1.1 Hechos a medida unilaminados

Son como todos los protectores bucales tipo III elaborados un odontólogo, se caracterizan por poseer un buen ajuste, absorber las fuerzas y las distribuir las pero de manera limitada, poseen como su nombre lo indica una sola capa (Fig. 4 y 5) pero pueden ser de diferente grosores que van de 1mm hasta 5mm<sup>(28, 29)</sup> indicados en los deportes en los que habitualmente no hay impacto en los maxilares.

**Deportes de Bajo Riesgo:** golf, tenis, judo, motocross, voleibol, tenis, ciclismo. Las disciplinas de bajo riesgo que se agregan por la universidad son: canotaje, levantamiento de pesas, levantamiento de pesas-potencia, voleibol arena.



**Fig. 4: Protector bucal Unilaminado**

**Fuente:** PLAYSAFE<sup>®</sup>. El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo. [www.playsafe.cl](http://www.playsafe.cl)



**Fig. 5: Protector bucal Unilaminado**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador

### 2.2.3.1.2 Hechos a medida multilaminados

De igual manera son elaborados por un odontólogo, se caracterizan por poseer múltiples láminas en el diseño entre 3 y 2 capas (Fig.6 y 7) los protectores terminan en grosores que van de 3 a 6mm, están indicados en los deportes de riesgo moderado y alto, algunos poseen bandas con capacidad para dispersar las fuerzas, debido a golpes directos sobre los maxilares sea con objetos pequeños (disco de Hockey) o con objetos de gran superficie (pelota de rugby). Por consiguiente estos protectores van a ser más gruesos, pero al igual que cualquier protector bucal tipo III se adaptan excelentemente a la boca y no interfieren en la respiración y mucho menos en el habla; y van a proveer un nivel de protección máximo al momento del juego <sup>(28, 29)</sup>.

**Deportes de Riesgo Moderado:** patinaje, squash, polo, fútbol, lucha libre, básquetbol, fútbol. Las disciplinas de riesgo moderado que se agregan por la universidad son: atletismo, badminton, fútsala, softball, beisbol, balonmano, fútbol playa

**Deportes de Alto Riesgo:** rugby, boxeo, artes marciales, hockey sobre césped, hockey sobre hielo, polo, skateboard, kickboxing. Las disciplinas de alto riesgo que se agregan por la universidad son: karate do, taekwondo.



**Fig. 6: Protector bucal multilaminado**

**Fuente:** PLAYSAFE®. El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo. [www.playsafe.cl](http://www.playsafe.cl)



**Fig. 7: Protector bucal multilaminado**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador

### 2.2.3.2

(17, 28)

### Diseños de Protectores Bucales tipo III, multilaminados



**Fig. 8: PLAYSAFE® heavy-Pro, 3 capas, grosor 6mm**

**Fuente:** PLAYSAFE®. El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo.

<http://www.cipo.cl/playsafe.html#>



**Fig. 9: PLAYSAFE® Light-Pro**

**Fuente:** PLAYSAFE®. El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo.

<http://www.cipo.cl/playsafe.html#>



**Fig. 10: PLAYSAFE® heavy, 2 capas con bandas de dispersión, grosor 5mm**

**Fuente: PLAYSAFE®. El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo.**

<http://www.cipo.cl/playsafe.html#>



**Fig. 11: PLAYSAFE® medium, 2 capas, grosor 5 mm**

**Fuente: PLAYSAFE®. El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo.**

<http://www.cipo.cl/playsafe.html#>



**Fig. 12: PLAYSAFE® Light, 2 capas, grosor 3mm**

**Fuente: PLAYSAFE®. El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo.**

<http://www.cipo.cl/playsafe.html#>



### PROTECTOR BÁSICO

capa base 3 mm  
+  
capa adicional 1 mm



**Fig. 13: Protector Básico**

Fuente: Probuc ®. Nuestros Productos. [www.probuc.com](http://www.probuc.com)



### PROTECTOR MEDIO

capa base 3 mm  
+  
capa adicional 2 mm



**Fig. 14: Protector Medio**

Fuente: Probuc ®. Nuestros Productos. [www.probuc.com](http://www.probuc.com)



### PROTECTOR PROFESIONAL

capa base 3 mm  
+  
capa adicional 3 mm



**Fig. 15: Protector Profesional**

Fuente: Probuc ®. Nuestros Productos. [www.probuc.com](http://www.probuc.com)



### **2.2.3.3 Características del Protector Bucal Tipo III**

Todos los protectores bucales hechos a la medida antes de ser colocados en boca del atleta para el uso en las diferentes competencias y deben llenar a los siguientes requisitos (Scott 1994) <sup>(2, 3, 6)</sup>:

- Permitir la respiración por la boca del atleta y la deglución de saliva sin que el protector se caiga o interfiera.
- Buena retención, protección y comodidad en la boca del atleta <sup>(10, 12)</sup>
- Que le permita hablar al atleta lo más nítido posible especialmente en el caso de los deportes de equipo.
- Que sea dimensionalmente estable, que no se expanda ni se contraiga con el más mínimo cambio de temperatura
- Aislar los labios de los dientes
- Proteger los dientes del maxilar superior contra choques directos
- Moderar o suprimir los choques indirectos (dientes inferiores contra los superiores)
- Que sea flexible e impermeable
- Que no sea tóxico
- Que sea antialérgico
- Biocompatible
- Que no retenga olores y que sea insípido
- Que posea resistencia al desgarramiento
- Que sea cómodo de colocar y de sacar

### **2.2.3.4 Ventajas del Protector Bucal Tipo III**

- Aumenta la fuerza
- Mejora el equilibrio

- Aumenta la resistencia
- Acelera el tiempo de reacción auditiva y visual
- Reduce el estrés atlético
- Reduce el impacto

Descritas en Capítulo 2, 2.3.

#### **2.2.3.3 Desventajas Del Protector Bucal Tipo III**

- El costo

#### **2.2.3.4 Mantenimiento del Protector Bucal Tipo III**

El mantenimiento del protector bucal personalizado es simple <sup>(14, 15)</sup>:

- El lavado después de cada uso con jabón y agua fría, secar bien.
- Guardarlo en el estuche o caja protectora
- No dejarlo en contacto directo a los rayos sol
- No almacenarlo en lugares con temperatura menores a 5°C ó mayores a 25°C, ya que se puede deformar.

#### **2.2.3.5 Reemplazo del Protector Bucal Tipo III**

- En los niños, se reemplazan habitualmente con el crecimiento <sup>(17)</sup>.
- En los adultos, por lo menos cada 2 años <sup>(17)</sup>

## **CAPÍTULO III**

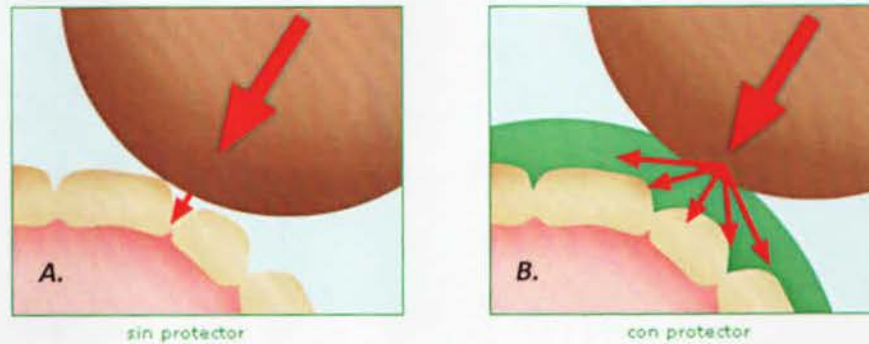
### **IMPORTANCIA DEL USO DE LOS PROTECTORES BUCALES TIPO III Y EL ROL DEL ODONTÓLOGO**

#### **3.1 IMPORTANCIA DEL USO DEL PROTECTOR BUCAL TIPO III**

La principal importancia de utilizar los protectores es *prevenir*:

- a. Evitando la aparición las lesiones orofaciales que afectan tanto la lengua, carrillos, labios, dientes, encías, hueso alveolar, los maxilares estructuras dentales que se encuentran expuestas al contacto (Fig. 16) en especial en los

deportes de alto impacto distribuyendo y reduciendo la fuerza de los impactos (5, 17).



**Fig. 16: Distribución de las fuerzas. (a) Sin protector. (b) Con protector**  
**Fuente:** Probuca®. RAZONES PARA LLEVAR PROTECTOR BUCAL.  
<http://www.probuca.com>

- b. Reducir el riesgo de contusión cerebral, una de las causas más comunes de contusión cerebral son los impactos directos a la mandíbula (Fig. 17) en deportes como el box. Los protectores no sólo amortiguan estos impactos, sino que además mantienen separada la mandíbula del cráneo, reduciendo el riesgo de conmoción (2, 17, 18).



**Fig. 17: Golpe directo a la mandíbula**

**Fuente:** Gómez Santos G, Vázquez García Machiñena J. (Servicio Canario de la Salud - Dirección General de Salud Pública) **PROTECTORES BUCALES EN LA POBLACIÓN ESCOLAR EN EL ÁMBITO DEL DEPORTE.** VIII Jornadas Canarias de Salud Bucodental. Noviembre 2005.

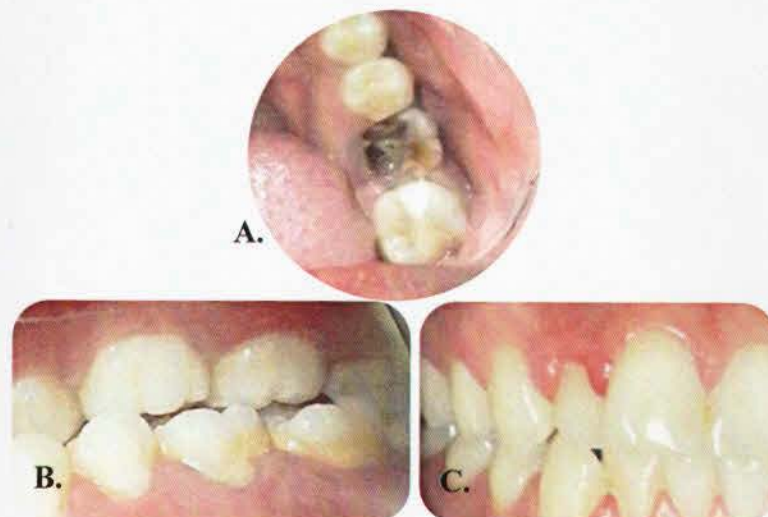
### **3.2 ROL DEL ODONTÓLOGO EN EL EQUIPO DEPORTIVO**

Cuando se practican los deportes cualquiera que sea que implique ejercicios aunque estos sean básicos pero que puedan proyectar riesgos de algún tipo como lesión orofacial, que pueden ser desde los deportes que se practican de carácter recreativo hasta los de entretenimiento para olimpiadas, es ahí cuando el odontólogo responsable debe valorar la necesidad de protección, consulta y tratamiento de todas las posibles lesiones; es por esto que la Academia de Odontología Deportiva (Academy for Sport Dentistry, ASD) – San Antonio, Texas (1983), agrupa odontólogos, técnicos dentales, médicos, entrenadores, preparadores y educadores con el afán de mejorar con Odontología Deportiva y las exigencias y necesidades de los atletas; además actúa como asesor de la Asociación Dental Americana (ADA) puesto que ofrece prevención y hace posible las relaciones interprofesionales para que así puedan colaborar con más ideas para mejoras en el área deportiva realizando nuevos estudios, etc. <sup>(20)</sup>

Es importante recordar que antes de "reparar" lo mejor será "prevenir", sobre todo en los deportes de alto riesgo traumático que puede afectar el macizo cráneo-facial y así evitar las lesiones orofaciales, resultando de gran importancia que el odontólogo <sup>(2, 21)</sup>:

- Brinde la información y educación adecuada para la salud oral de los atletas, padres, entrenadores, preparadores físicos y todo el equipo deportivo sobre como y por qué suceden las lesiones orofaciales asociadas a la práctica deportiva, la importancia de la interconsulta inmediata y la oportunidad de acciones inmediatas. Por ejemplo: Cuando la lesión provoca la pérdida de una pieza dentaria especialmente permanente debemos los odontólogos enfatizar en la importancia de recuperar la pieza y cómo transportarla para su inmediata asistencia <sup>(6, 22)</sup>.
- Y sobre todo, comenzar con énfasis el uso de protectores bucales en las diferentes prácticas deportivas <sup>(27)</sup>.

Entonces el rol del odontólogo en la salud oral de los atletas es uno de los especialistas más importantes en lo referente a la salud integral de los atletas, ya que las patologías orales, como son la caries dental o las parodontopatías (Fig. 18) por mencionar las patologías más leves en los atletas pero que en cualquier paciente pueden ser un foco infeccioso a distancia que constituye una desventaja sobre el nivel óptimo del atleta al momento del entrenamiento de carácter intenso o peor aún en las competencias, ya que origina el descenso de la capacidad física, rendimiento del atleta, y esto puede llevar inclusive al abandono de la competencia es por esto que el odontólogo forma parte importante en el equipo deportivo en el momento del tratamiento y sobre todo la prevención <sup>(7, 22)</sup>.



**Fig. 18: Afecciones Bucodentarias. (a) Caries. (b – c) Gingivitis.**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador

### **3.2.1 Responsabilidades y Funciones del Odontólogo en el Equipo Deportivo**

Al existir un odontólogo (Fig. 19) en el equipo deportivo se prevendría la manifestación de muchas patologías bucodentarias porque el profesional de la salud

oral tendría como responsabilidad mantener un estado de salud oral íntegro en los atletas teniendo en cuenta los siguientes enunciados <sup>(22)</sup>:

- Efectuar una revisión integral de todos los factores que favorecen tanto los traumatismos como a las repercusiones físicas en la región orofacial, detectando patologías tales como: caries, problemas periodontales, en tejidos blandos, alteraciones oclusales y otras alteraciones afines dentro de nuestra especialidad, y comunicarlo a la Unidad de Deportes y Recreación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil o a la federación, comité olímpico, asociación deportiva o centro médico deportivo al que corresponda el atleta, para que informen e instruyan a los atleta, entrenadores, preparadores físicos sobre los pasos a seguir frente a cada factor que desfavorecen a la salud bucal integral del atleta.
- Información sobre la higiene bucal adecuada, el adiestramiento hilo dental, técnica de cepillado correcta.
- Incentivarlos a que se forme un hábito que visiten al odontólogo para aplicaciones de fluorizaciones, desensibilizantes, entre otros métodos preventivos.
- Cambiar los hábitos alimentarios (bebidas alcohólicas, dietas ricas en carbohidratos), junto con el equipo médico especializado, de manera que mantengan una alimentación equilibrada, para así descubrir a los pacientes que con mayor incidencia a desarrollar caries con respecto a otros
- Proporcionar tratamientos dentales y cuidados de urgencia cuando sea necesario, tanto a nivel del consultorio dental, como sobre el propio terreno de campo cuando sea requerida nuestra presencia o formemos parte del equipo de atención primaria en Odontología del Deporte.
- Realizar la aparatología preventiva en base a los protectores bucales a los atletas de acuerdo a la modalidad y disciplina deportiva.
- Control y vigilancia buco-dental en el plan médico-deportivo.

- Dar charlas educativas sobre las indicaciones y contraindicaciones de la práctica de determinados deportes, y sus posibles riesgos a ocasionar lesiones dentales.
- Interrelación con otras especialidades de la salud en el Deporte.

### **3.2.2 Campo de Acción del Odontólogo en el Deporte**

- Involucra a atletas individuales y organizaciones deportivas.
- Puede estar presente tanto en deportes recreacionales, amateur como profesionales.
- En eventos locales, nacionales e internacionales.



**Fig. 19: Odontólogo Deportivo**

**Fuente: PANDEPORTES Instituto Panameño de Deportes. PANDEPORTES  
ABRE CLÍNICA DE ODONTOLOGÍA EN CENTRO DE MEDICINA  
DEPORTIVA. [www.pandeportes.gob.pa](http://www.pandeportes.gob.pa)**



### **3.3 PROTECTOR BUCAL TIPO III EN LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS**

Según la Asociación Dental Americana, el uso del protector bucal se recomienda en 29 deportes que son: acrobacia, baloncesto, ciclismo, boxeo, fútbol (soccer), el fútbol americano, equitación, gimnasia, balonmano, hockey sobre hielo, patinaje en línea, artes marciales, lacrosse, raquetbol, rugby, lanzamiento de peso, el skate, el esquí, paracaidismo, softbol, squash , surf, voleibol, polo acuático, levantamiento de pesas y lucha libre béisbol y el snowboard <sup>(23)</sup> mientras otros autores recomiendan que el uso del protector bucal debe ser tanto en deportes que se realizan por recreación como en competencias de carácter profesional; aun así en nuestra comunidad universitaria no se ha exigido el uso del protector bucal dentro de sus 18 disciplinas deportivas: badminton, baloncesto, fútbol, fútsala, judo, karate do, levantamiento de pesas, levantamiento de pesas-potencia, softball, beisbol, tenis de mesa, tenis de campo, voleibol, voleibol arena, taekwondo, balonmano, rugby y fútbol playa, por otro lado pareciera que la mayor parte de los entrenadores poco saben acerca del uso de los protectores bucales y bien es indiscutible que en dos disciplinas deportivas lo usan como son karate do y rugby, es porque han escuchado

que deben hacerlo para protegerse y porque se lo exigen en las competencias, mencionan los atletas.

Es por eso que en este capítulo mencionaremos algunas de las indicaciones que tienen los protectores bucales tipo III en cada una de las disciplinas deportivas en beneficio para los atletas:

- Son capaces de disminuir el trauma dental y las laceraciones en la cabeza<sup>(23)</sup>
- Recomendados a los atletas en deportes más vulnerables a los traumatismos<sup>(17)</sup>
- No interfieren con la respiración<sup>(25)</sup>
- Para mejorar el rendimiento en la parte superior del cuerpo de los atletas, tanto en hombres como en mujeres<sup>(24)</sup>

Y de más características de los protectores bucales en Capítulo 2, 2.2.3.3.

## **3.4 PROTECTOR BUCAL EN EL RENDIMIENTO DEPORTIVO**

### **3.4.1 Aumenta la fuerza**

Al tener colocado el protector bucal y debido al buen posicionamiento de la mandíbula en relación al cráneo (posición céntrica) se consigue como resultado que el flujo de aire que ingresa hacia los pulmones sea mayor, reduciendo el estrés del apretamiento de los dientes y al morder aumenta la potencia de los músculos de cabeza y cuello. Observándose así el aumento del rendimiento de los atletas, dando como resultado que la fuerza de los atletas aumente con el uso de los protectores bucales tipo III<sup>(1, 7, 8, 26)</sup>.

### **3.4.2 Mejora el Equilibrio**

Los protectores bucales tipo III facilitan que el cuello, la mandíbula y la cabeza (Fig. 20) estén perfectamente alineados gracias a que el protector bucal coloca la mandíbula en posición céntrica, es así que por el simple hecho de llevar puesto el protector bucal el atleta consigue mejorar el equilibrio y la coordinación de su cuerpo, menciona Roettger en su publicación en 2009 <sup>(7, 8, 26)</sup>.

### **3.4.3 Aumenta la resistencia**

Los protectores bucales tipo III aumenta el espacio de las vías aéreas, resultando una disminución en los niveles de lactato después de 30 minutos de ejercicio es así como se demuestra que mejora la resistencia con la apertura de las vías respiratorias, menciona Garner y McDivitt (2009) <sup>(7, 8, 27)</sup>.

### **3.4.4 Acelera el tiempo de Reacción Auditiva y Visual**

Los atletas pueden responder significativamente más rápido a las señales auditivas y ligeramente mejor a las señales visuales cuando utilizan protectores bucales tipo III teniendo mejores movimientos al momento del juego, esto se ha comprobado mediante estudios clínicos realizados por las Dras. Garner y Miskimin en el 2009 <sup>(8)</sup>



**Fig. 20: Así funciona el protector bucal de Cristiano Ronaldo**

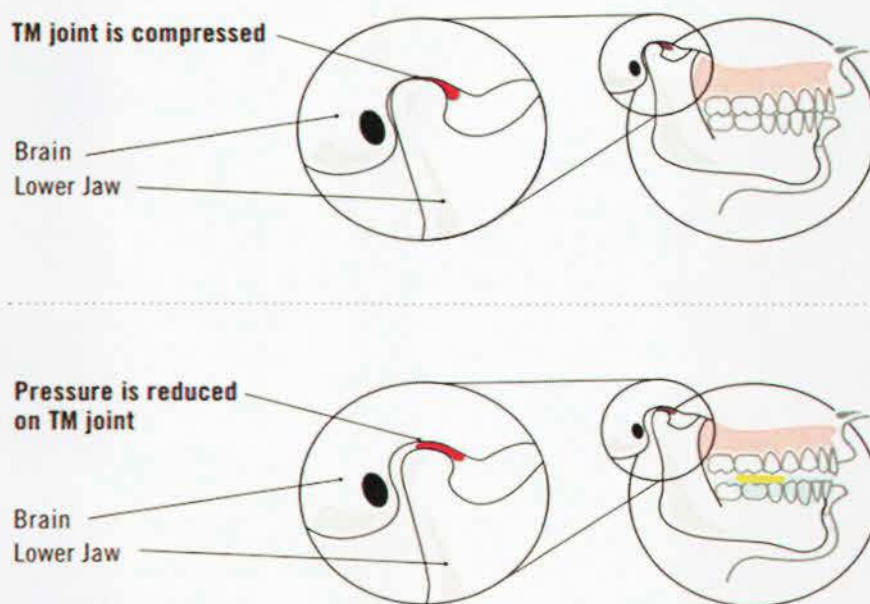
**Fuente:** Dra. Lola Terrés Puebla. **LA ODONTOLOGÍA DEPORTIVA COBRA IMPORTANCIA – RENDIMIENTO DEPORTIVO LIGADO A LA SALUD BUCAL.** <http://www.anoc.es/noticias/wp-content/uploads/RENDIMIENTO-DEPORTIVO-ligado-a-la-SALUD-BUCAL.pdf>

### 3.4.5 Reduce el estrés Atlético

El sistema nervioso autónomo está relacionado íntimamente con el sistema masticatorio, según en un artículo publicado por Roettger en 2009 mediante varios estudios realizados por diversos investigadores, todos llegaron a la conclusión que al momento de masticar o apretar los dientes se disminuía el metabolismo de la dopamina inducida por el estrés y aumentaba la producción de cortisol para enfrentar situaciones de estrés. Esto ocurre cuando tenemos colocados los protectores bucales en boca es por eso que los atletas se sienten seguros al tenerlos en boca y juegan mejor (2, 8, 9, 26).

### 3.4.6 Reduce el impacto

Cuando la mandíbula sufre un impacto, la energía puede ser transmitida a la cabeza, lo que puede provocar conmoción cerebral. Se ha demostrado que los protectores bucales tipo III pueden reducir el impacto de fuerza sobre la cavidad glenoidea (Fig. 21) por traumatismos en la mandíbula hasta en un 20% ya que el golpe no será recibido por una zona en específico sino será distribuido a través del protector bucal personalizado (Fig. 16) <sup>(8)</sup> este beneficio del protector bucal es debido a que cuanto más grueso es el material, mayor es la capacidad de disipación y absorción de fuerzas, por lo tanto, es esencial que el espesor del protector bucal en general como en la parte oclusal sea óptimo después de la fabricación y menor es la deformación al momento de colocarle la carga oclusal <sup>(10, 11, 12, 13)</sup> reduciendo así los riesgos de conmoción cerebral.



**Fig. 21: Relación Cándilo – Cavidad Glenoidea con respecto al uso y no uso del protector bucal.**

**Fuente:** Under Armour Performance Mouthwear. **YOUR JAW IS THE KEY TO UNLOCK THE POWER YOU NEVER KNEW WAS THERE.** © 2010 Under Armour® All Rights Reserved. [www.underarmour.com](http://www.underarmour.com)

### **3.5 CONFECCIÓN DEL PROTECTOR BUCAL TIPO III**

Para la confección del protector bucal personalizado se estandarizaron tres técnicas de diferentes autores: Baca García P – Baca García AP, la del Dr. Elvin Mancebo y las de la casa comercial Erkodent<sup>®</sup> (3, 15, 30).

#### **3.5.1 Primera Cita:**

Toma de impresiones con alginato (Fig. 22).



**Fig. 22: Toma de Impresione**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

En el laboratorio haremos el vaciado para obtener un modelo de yeso tipo III (Fig. 23). Los excesos del yeso piedra van a ser eliminados por la recortadora (Fig. 24) el modelo debe ser en forma de herradura o poseer un agujero en la parte del paladar para una mejor adaptación al momento de realizar la succión al vacío



**Fig. 23: Modelos de yeso piedra**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 24: Recortadora**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Recubrir con dos capas de aislante (Fig. 25) como agente separador entre el modelo de yeso y la lámina EVA...



**Fig. 25: Modelo – Aislante – EVA**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Esperamos que el modelo de yeso esté completamente seco <sup>(31)</sup> y solo ahí el modelo estará listo para recibir las láminas EVA (Fig. 26)



**Fig. 26: Láminas EVA cuadradas**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Limpiamos con una gasa con Alcohol al 98% las láminas EVA, para desengrasar las láminas de EVA (Fig. 27) para que estas capas se fusionen en el caso de los protectores bucales bilaminados





**Fig. 27: Proceso de fusión de las láminas EVA**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Luego las colocamos en las máquinas de termoformado al vacío (PlastVac y Tray.Vac) (Fig. 28) para modelar la lámina EVA al modelo (Fig. 29) para retirar la lámina del Vacuum debemos esperar un tiempo de enfriamiento según el fabricante de 6:00 min por cada capa



**Fig. 28: Vacuum**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 29: Vacuum**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Cortamos los excesos con tijera (Fig. 30) siguiendo la línea del vestíbulo y respetando los frenillos tanto el labial como los laterales...



**Fig. 30: Proceso de recorte de los excesos del Protector Bucal Personalizado**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Con el micromotor y las puntas abrasivas desgastamos los bordes del protector bucal donde necesitamos desgastes más específicos (Fig. 31)...



**Fig. 31: Desgaste específico**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

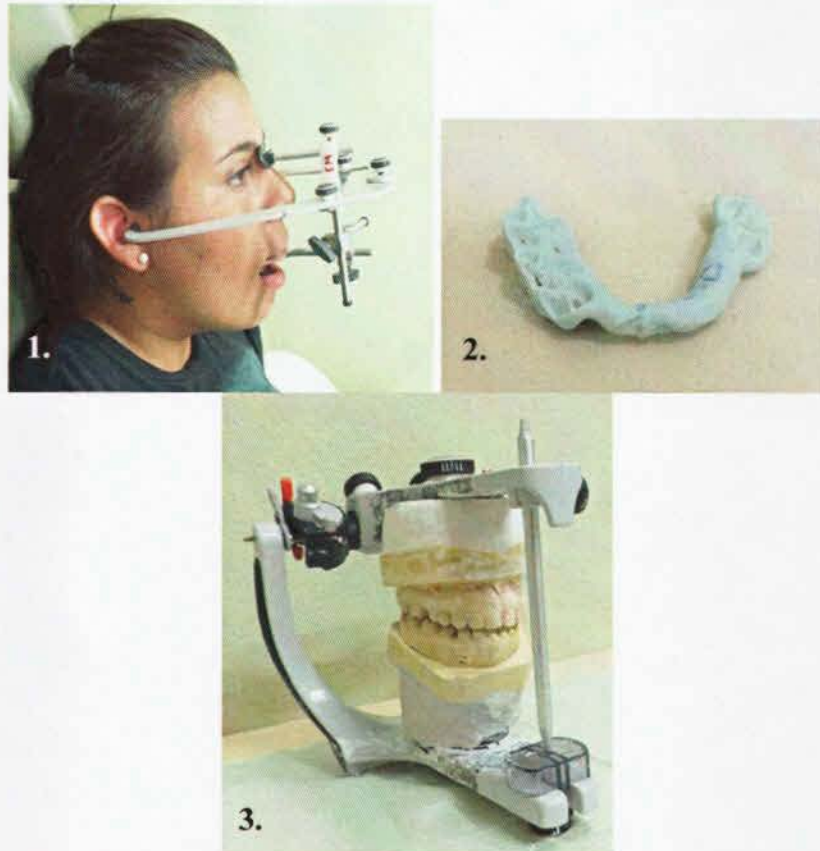
Rueda de felpa con mandril para eliminar las asperezas (Fig. 32)...



**Fig. 32: Pulido**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

### 3.5.2 Segunda Cita:

Probamos el protector bucal personalizado para descartar posibles molestias, tomamos el arco facial y el registro interoclusal con masilla o cera. Ya en el laboratorio montamos los modelos de yeso piedra (Fig. 33) en el articulador semiajustable...

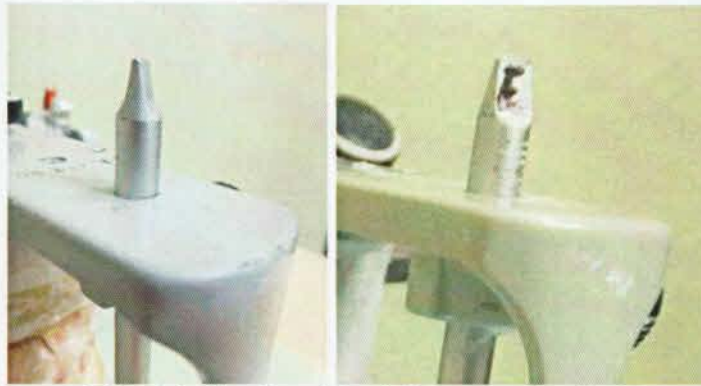


**Fig. 33: Proceso de montaje de los modelos de yeso piedra**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

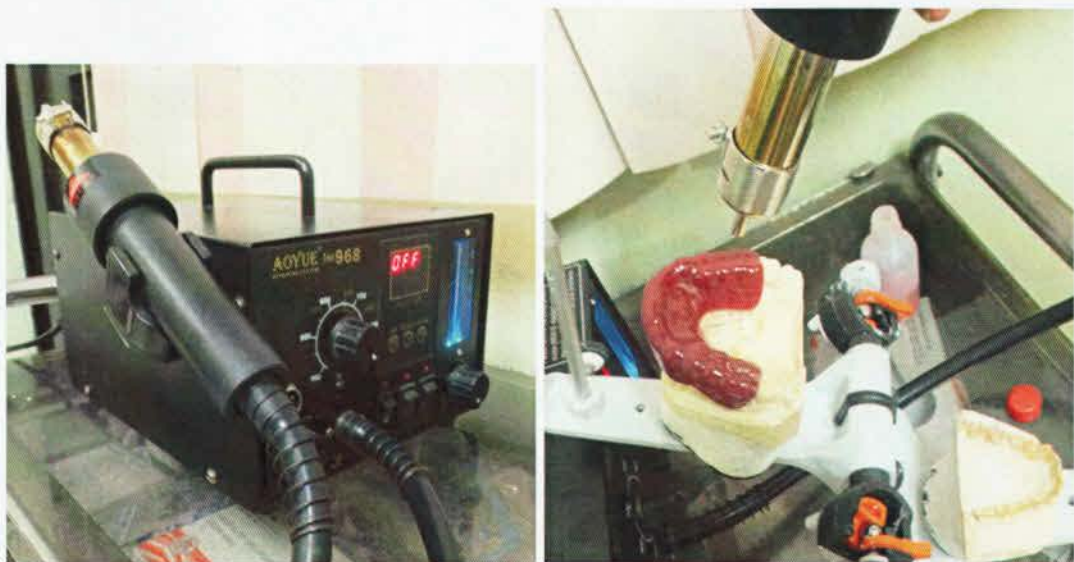
Para estampar los dientes antagonistas en el protector bucal debemos graduar el puntero incisal de nivel 0 a +2mm (Fig. 34), este procedimiento lo vamos a realizar gracias a una pistola de aire caliente (Fig. 35) que va a ablandar el protector bucal personalizado en la zona oclusal que al momento de ocluir el articulador va a marcar los dientes antagonistas, además de permitirnos este proceso y también nos

proporcionará el alisamiento de los bordes del protector bucal como el brillo del protector.



**Fig. 34: Graduación del puntero incisal**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 35: Pistola de aire caliente**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

### **3.5.3 Tercera Cita:**

En la última cita entregamos al atleta el protector bucal terminado (Fig.36).



**Fig. 36: Entrega del protector bucal personalizado**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

## **CAPÍTULO IV**

### **CASOS CLÍNICOS**

#### **4.1 INFORMACIÓN DE PACIENTE N° 1**

##### **Historia Clínica**

###### DATOS PERSONALES:

Nombre: A. E. V. L.

Edad: 23 años

Sexo: Masculino

Deporte: Rugby

###### ANTECEDENTES MÉDICOS:

Alergia: al polvo y gatos

###### ANTECEDENTES BUCODENTALES

Cepilla sus dientes 2 veces al día, no usa hilo dental pero si enjuague bucal.

Reporta que ha sufrido golpes en cara o dientes.

Mantiene la boca abierta, lo que indica que es un respirador bucal

###### Indicación De Protector Bucal Personalizado:

BILAMINADO.



#### 4.1.1 Primera Cita

En el consultorio se tomaron fotos intraorales e impresiones



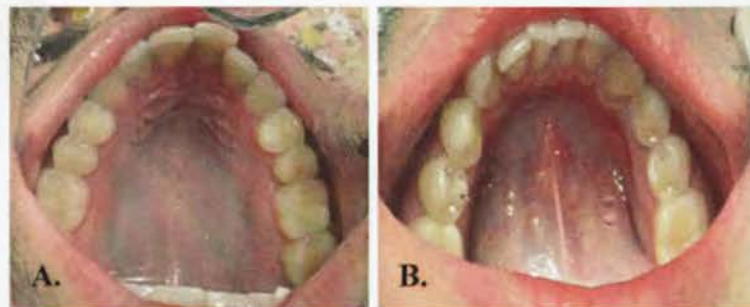
**Fig. 37: Laterales. (a) izquierda. (b) derecha**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador



**Fig. 38: De Oclusión**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



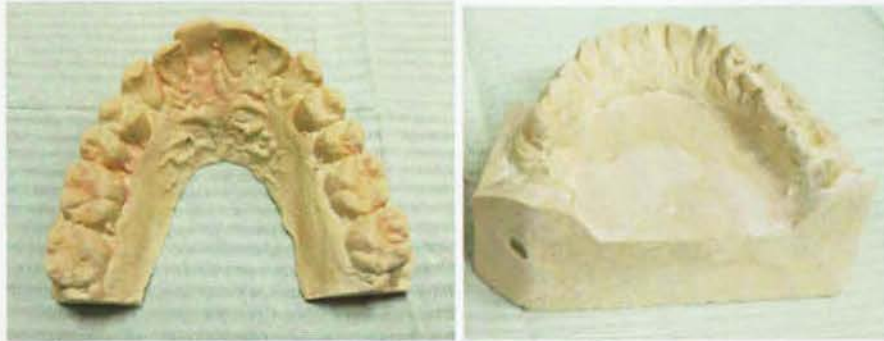
**Fig. 39: Oclusales. (a) superior. (b) inferior**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador



**Fig. 40: Toma de impresiones**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

## LABORATORIO



**Fig. 41: Modelos de Yeso Piedra**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 42: Aislar el modelo**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 43: Calentamiento del EVA**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 44: Estado de calentamiento del EVA ideal para comenzar con el proceso  
de succión al vacío.**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 45: Primera lámina del Protector Bucal Personalizado lista, esperamos que se enfríe durante 6:00 min según indicaciones del fabricante**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Antes de colocar la segunda lámina (Fig. 46) que hemos recortado la primera capa de EVA siguiendo la línea del fondo del vestíbulo; y no olvidar que en esta etapa tenemos que pasarle tanto a la primera capa como a la segunda capa alcohol al 98% para desengrasar y se produzca favorablemente a fusión de las láminas



**Fig. 46: Fusión entre la primera lámina de EVA y la segunda**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 47: Segunda lámina del Protector Bucal Personalizado lista, esperamos que se enfríe durante 6:00 min según indicaciones del fabricante**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 48: Sacamos del Vacuum, recortamos, desgastamos y pulimos**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

#### 4.1.2 Segunda Cita



**Fig. 49: Toma de arco facial**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 50: Registro interoclusal**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

En esta cita probamos el protector bucal personalizado y descartamos molestias.

**LABORATORIO**



**Fig. 51: Montaje en articulador**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 52: Brillo y Preparación para el estapado del antagonista**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 53: Estampado del antagonista**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 54: Protector Bucal Bilaminado**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



#### 4.1.3 Tercera Cita



**Fig. 55: Entrega del Protector Bucal Bilaminado**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Y además se le da una pequeña charla informativa acerca de los protectores bucales tipo III.

## **4.2 INFORMACIÓN DE PACIENTE N° 2**

### **Historia Clínica**

#### **DATOS PERSONALES:**

Nombre: L. R. M.

Edad: 26 años

Sexo: Masculino

Deporte: Judo

#### **ANTECEDENTES MÉDICOS:**

Ninguno

#### **ANTECEDENTES BUCODENTALES**

Cepilla sus dientes 2 veces al día, no usa hilo dental pero si enjuague bucal.

Reporta dolor dental y golpes en cara o dientes.

#### **Indicación De Protector Bucal Personalizado:**

MONOLAMINADO.

#### 4.2.1 PRIMERA CITA

En el consultorio se tomaron fotos intraorales e impresiones



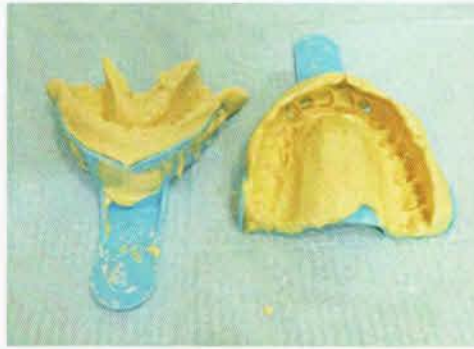
**Fig. 61: Laterales. (a) izquierda. (b) derecha**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador



**Fig. 62: De Oclusión**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador



**Fig. 63: Oclusales. (a) superior. (b) inferior**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil - Ecuador



**Fig. 64: Toma de impresiones**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

## LABORATORIO



**Fig. 65: Modelos de Yeso Piedra**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 66: Aislar el modelo**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 67: Calentamiento del EVA**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 68: Estado de calentamiento del EVA ideal para comenzar con el proceso  
de succión al vacío.**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 69: Primera lámina del Protector Bucal Personalizado lista, esperamos que se enfríe durante 6:00 min según indicaciones del fabricante**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 70: sacamos del Vacuum, recortamos, desgastamos y pulimos**

**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

#### 4.2.2 SEGUNDA CITA



**Fig. 71: Toma de arco facial**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 72: Registro interoclusal**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

En esta cita probamos el protector bucal personalizado y descartamos molestias. En el caso de paciente N° 2 presentó una molestia en el flanco del lado izquierdo que fue rebajado por las puntas rosadas, y el posterior pulido con la rueda de felpa.

ENCUESTA No. 05

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si ( )

No (✓)

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )



ENCUESTA No. 06

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si ( )

No (✓)

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si (✓)

No ( )

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si (✓)

No ( )

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si ( )

No ( )

ENCUESTA No. 07

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si (✓)

No ( )

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

ENCUESTA No. 08

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

ENCUESTA No. 09

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (  )

No (  )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (  )

Una (  )

Más de una (  )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si (  )

No (  )

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si (  )

No (  )

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si (  )

No (  )

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (  )

No (  )

ENCUESTA No. 10

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

ENCUESTA No. 11

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

ENCUESTA No. 12

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si ( ✓ )

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna ( ✓ )

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No ( ✓ )

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No ( ✓ )

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No ( ✓ )

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si ( ✓ )

No ( )

ENCUESTA No. 13

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )



ENCUESTA No. 14

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

ENCUESTA No. 15

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si (✓)

No ( )

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

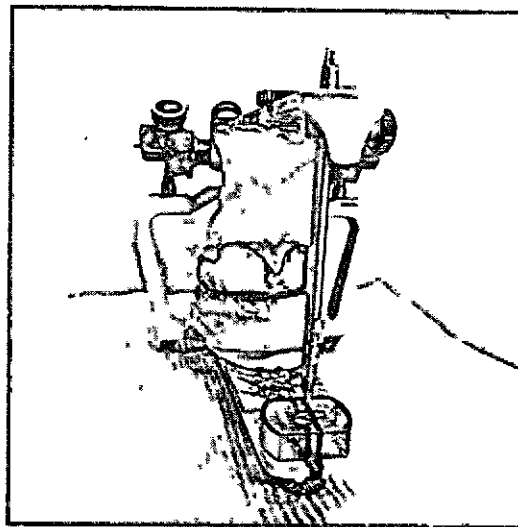
## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA**

1. Real Madrid - Noticias. **Cristiano Ronaldo estrena Protector Bucal que mejora su rendimiento en cancha.** Madrid: TERRA.cl; 30 de marzo del 2010.
2. Philip Newsome, Siobhan Owen y David Reaney. **The Dentist's Role in the prevention of sports-related oro-facial injuries.** Clinical Study: International Dentistry SA. Vol. 12, No. 1; 50 – 60.
3. Baca García P y Baca García AP. **Realización de protectores bucales para el deporte.** Práctica 11. <http://www.ugr.es/>
4. El Color y su Percepción – Revista Profesional de Docencia y Recursos Didácticos. **Traumatismos Bucodentales: Epidemiología, Factores de Riesgo y Diagnóstico. Tratamiento de corona raíz y coronorradiculares.** Publicaciones Didácticas No. 18. Octubre 2011; 134– 144.
5. Cárdenas Espinoza Rubén Dario y Robledo Llano José Edier. **Odontología Aplicada al Deporte “Una especialidad que permite elevar el rendimiento y calidad de vida en los atletas”.** Ensayo 2010. 7 – 8.
6. Arana Ochoa Juan José. **Fundamentos en Odontología del Deporte.** Volumen XXIII - N.º 116 – 2006; 463 – 467.
7. Dra. Lola Terrés Puebla. **La Odontología Deportiva cobra importancia – Rendimiento deportivo ligado a la Salud Bucal.** <http://www.anoc.es/noticias/wp-content/uploads/RENDIMIENTO-DEPORTIVO-ligado-a-la-SALUD-BUCAL.pdf>
8. Dena P. Garner, PhD; and Jenni Miskimin, MS. **Effects of Mouthpiece Use on Auditory and Visual Reaction Time in College Males and Females** Compendium Supplement – BiteTech. July/August 2009, Volume 30, Issue 2. 14 – 17.
9. Dvorkin, Cardinali y Iermoli. **Best & Taylor BASES FISIOLÓGICAS DE LA PRÁCTICA MÉDICA.** 14º Edición en Español. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires – Argentina 2010; 704 – 705.

10. Kloeg EF, Collys K. **Materials for mouth protectors.** Revisit Belge Med Dent. Bruselas 2003; Volumen 58 No. 1: 21-33.
11. Joon B. Park, PhD – Kenneth L. Shaull, CDT – Brent Overton, BS y Kevin J. Donly, DDS, MS. **Improving mouth guards.** The Journal of Prothetic Dentistry. Iowa-USA. October 1994. Volumen 72, No 4; 373 – 380.
12. Coto NP, Brito e Dias R, Costa RA, Antoniazzi TF, de Carvalho EP. **Mechanical behavior of ethylene vinyl acetate copolymer (EVA) used for fabrication of mouthguards and interocclusal splints.** Braz Dent J. São Paulo, Brazil 2007. Volumen 18 No. 4: 324-8.
13. Tran D, Cooke MS, Newsome PR. **Laboratory evaluation of mouthguard material.** Dent Traumatol. China, 2001 Dec. Volumen 17, No. 6: 260-5.
14. Ms Smith, Ms Kracher. **What you must know about Mouthguards.** Dental Equipment and Materials Vol 7.1 January 2002; 32-37.
15. ERKODENT<sup>®</sup> Products. **Sports-Mouthguard - Manual de Técnica de Termoformado y Carta de Materiales.** Alemania; [www.erkodent.com](http://www.erkodent.com)
16. Chalmers D.J. **Mouthguards: Protection for the Mouth in Rugby Union.** Sports Medicine, Volume 25, Number 5, May 1998 , 11: 339-349
17. Probuc®. **Razones para llevar Protector Bucal.** <http://www.probuc.com>
18. Gómez Santos G, Vázquez García Machifiena J. (Servicio Canario de la Salud - Dirección General de Salud Pública). **Protectores Bucales en la población escolar en el ámbito del deporte.** VIII Jornadas Canarias de Salud Bucodental. Noviembre 2005.
19. Dra. Donna Cecilia Gonzáles Lugo. **Avulsión en Dentición Primaria.** Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú. 2010: 01 – 59.
20. Médico en Red. **5 Pasos para Aliviar las Lesiones Deportivas.** Copyright © 2012; [medicoenred.com](http://medicoenred.com)
21. Dr. Romer Rossell. **Odontología Aplicada al Deporte. Prevención de Lesiones Orofaciales en el Deporte. Nueva Generación de Protectores Bucales. Fórmula Odontológica.** Volumen 3, No. 01 – Septiembre 2005. Copyright 2003 – 2012; [odontologosecuador.com](http://odontologosecuador.com)

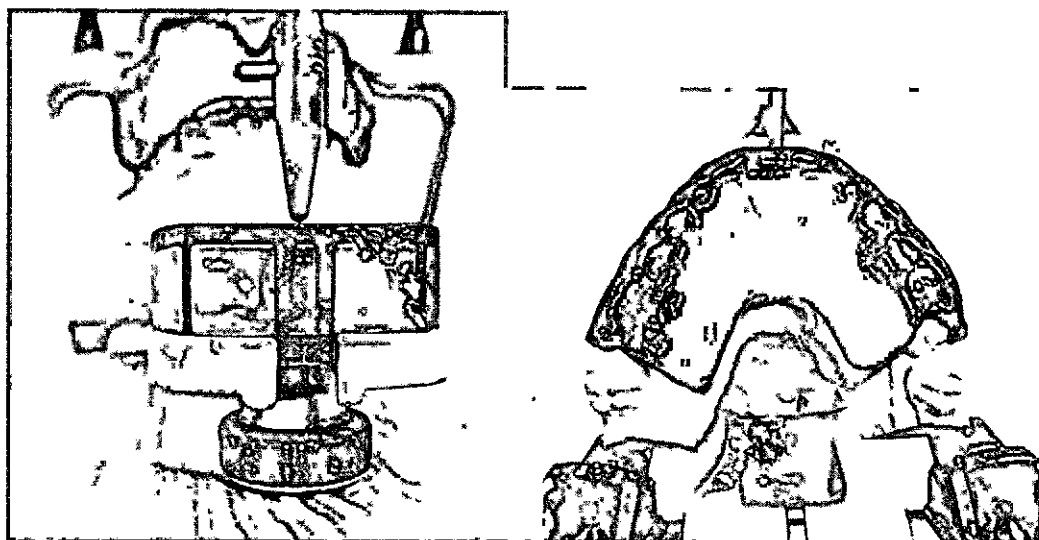
22. Mg. Carmen Quintana Del Solar y Cols. **Prevención de Traumatismo Dental y Maltrato Infantil en Odontopediatría.** Lima – Perú, 2008. 2: 23.
23. Knapik JJ, Marshall SW, Lee RB, Darakjy SS, Jones SB, Mitchener TA, delaCruz GG, Jones BH. **Mouthguards in sport activities: history, physical properties and injury prevention effectiveness.** Sports Med. Maryland-USA 2007; Volumen 37 No. 2: 117 – 44.
24. Dunn-Lewis C, Luk HY, Comstock BA, Szivak TK, Hooper DR, Kupchak BR, Watts AM, Putney BJ, Hydren JR, Volek JS, Denegar CR, Kraemer WJ. **The effects of a customized over-the-counter mouth guard on neuromuscular force and power production in trained men and women.** J Strength Cond Res. 2012 April; Volumen 26, No. 4: 1085-93.
25. Von Arx T, R Flury, Tschan J, Buergin W, Geiser T. **Exercise capacity in athletes with mouthguards.** Int J Sports Med. 2008 May; Volumen 29, No. 5: 435-8.
26. Mark Roettger, DDS. **Performance Enhancement and Oral Appliances.** Compendium Supplement – BiteTech. July/August 2009, Volume 30, Issue 2. 4 – 8.
27. Dena P. Garner, PhD; Erica McDivitt, MS. **Effects of Mouthpiece Use on Airway Openings and Lactate Levels in Healthy College Males.** Compendium Supplement – BiteTech. July/August 2009, Volume 30, Issue 2. 9 – 13.
28. PLAYSAFE®. **El protector bucal deportivo No. 1 en el mundo.** [www.playsafe.cl](http://www.playsafe.cl)
29. Probuc®. **Nuestros Productos.** [www.probuc.com](http://www.probuc.com)
30. Dr. Elvin A. Mancebo Pacheco. **Técnicas de Laboratorio para la Confección de Protectores Bucales Bilaminados en pacientes portadores de aparatología ortodóntica fija.** Revista Odontológica Dominicana. Volumen 11. 2005; 23 – 28.
31. Yonehata Y, Maeda Y, Machi H, Sakaguchi RL. **The influence of working cast residual moisture and temperature on the fit of vacuum-forming athletic mouth guards.** Journal Prosthetic Dentistry. Japón 2003. Volumen 89, No. 1: 23-7.

**LABORATORIO**

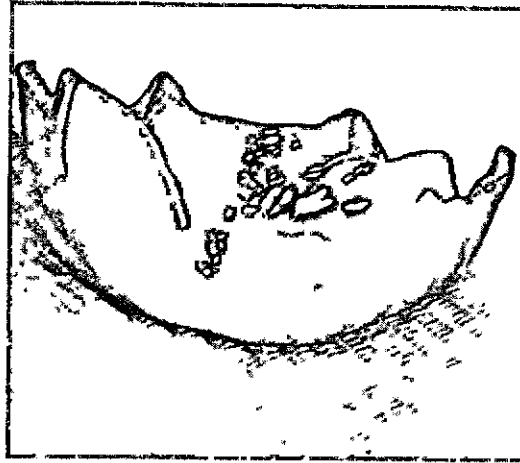


**Fig. 73: Montaje en articulador**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

Previo calentamiento y brillo de la zona oclusal del protector bucal personalizado para el estampado del antagonista.



**Fig. 74: Estampado del antagonista**  
**Fuente:** Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador



**Fig. 75: Protector Bucal Monolaminado**  
Fuente: Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

#### 4.2.3 TERCERA CITA



**Fig. 76: Entrega del Protector Bucal Monolaminado**  
Fuente: Heydi Morales Campoverde  
Guayaquil – Ecuador

## **CONCLUSIONES**

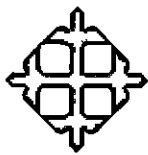
1. Dentro de las limitaciones de estudio se llegó a la conclusión que el uso de los protectores bucales tipo III son es excelentes al momento de ayudar a aumentar el rendimiento de los atletas.
2. La mayor parte de los pacientes sintieron relajación entre maxilares con el uso de los protectores bucales.
3. Los protectores bucales tipo III no interfieren con el habla ni con la respiración.
4. Son excelentes al momento de los partidos porque además son muy cómodos y estables.



## **RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda colocar dentro de la malla curricular de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, temas sobre Odontología Deportiva.
2. Se recomienda a la Unidad de Deportes y Recreación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, tome como rutina el uso de los protectores bucales en los atletas de las diferentes disciplinas deportivas de la universidad para elevar el rendimiento.
3. Es necesario charlas informativas sobre la protección bucal de los atletas, para de esa manera concientizar a que visiten regularmente al odontólogo y estos a su vez inculquen el uso del protector bucal.
4. Se recomienda que los estudiantes pregrado de la Carrera de Odontología investiguen sobre la sensación de la relajación de los maxilares, debido a que la mayor parte de la muestra menciona sentirse relajados con en uso del protector bucal.
5. Por último se recomienda que los estudiantes de pregrado interesados en este ámbito de la odontología realicen un nuevo estudio con una muestra más grande respecto al rendimiento físico de los atletas debido a que por el tamaño reducido de la muestra de este estudio los resultados no son significativos.

**ANEXOS**



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA**

DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**CERTIFICADO**

Por medio de la presente, me permito certificar que la **Srta. Heydi Estefania Morales Campoverde** con C.I.#. 092606678-8, egresada de Odontología de nuestra Institución, HA RECOPIADO los datos de nuestros estudiantes-deportistas de esta Unidad de Deportes y Recreación, donde atendió a 15 atletas de las Disciplinas de Judo y Rugby, como parte de su TESIS DE PREGRADO, con el tema:

- **Protector Bucal como soporte para el rendimiento en los atletas de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.**

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

**Prof. Enrique Zeballos Avellaneda  
Director Unidad de Deportes Recreación**

Guayaquil, 20 de agosto del 2012

Apartado 09-01-4671

Teléfonos: 2200801 - 02-03; 2203120

, Guayaquil (ECUADOR)

Historia No. 00 1

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Nelson Josueh Apellidos: Ramirez Castro-Mallestraza  
 C.I. / Pasaporte: 0205978319-1 Fecha de Nacimiento: 8 Sep 1994  
 Edad: 18 Sexo: M  F Estado Civil: Soltero N°. Hijos: 0  
 E-mail: josueh\_123@hotmail.com Celular: 096748401  
 Dirección: Clla. Los Esfros N257a Villa 10 Teléfono: 2-436564  
 Deporte: Rugby Seleccionado: MS - CRSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI                       | NO                                  |   | SI                       | NO                       |                                    |
|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Hipertensión Arterial                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Pérdida de peso significativa  |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Diabetes                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Sufre mareos frecuentes        |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Está en tratamiento psicológico      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Hemofilia                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 4. Demora en cicatrizar (Dermografismo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Alergias                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 5. Epilepsia                            | <input type="checkbox"/> | _____                    | Cuál: _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 6. Radio Quimioterapia                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Enfermedades infecciosas       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 7. Hepatitis                            | <input type="checkbox"/> | _____                    | Cuál: _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 8. Fiebre Reumática                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Enfermedades respiratorias     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 9. Trastornos Gastrointestinales        | <input type="checkbox"/> | _____                    | Cuál: _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 10. Portador de VIH                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Enfermedades del corazón       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 11. Fracturas o accidentes              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Está tomando algún medicamento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 12. Esta Ud. Embarazada                 | <input type="checkbox"/> | _____                    | Cuál: _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Tiempo de gestación: _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Sufre de asma                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 13. Inflamación de ganglios             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI                                  | NO                       |   | SI                       | NO                       |                                   |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>3</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Luxaciones de mandíbula        |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 2. Usa seda dental                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Mantiene la boca abierta       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Usa enjuague dental                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Úlceras bucales o aftas        |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 4. Dolor dental                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Mala experiencia con dentistas |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 5. Golpes en la cara o dientes?                 | <input type="checkbox"/> | _____                    | Qué sucedió: _____                |

Certifico que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender.

  
 Firma del Paciente

**ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS**

- |    |                          |  |    |                          |   |
|----|--------------------------|--|----|--------------------------|---|
| SI | NO                       |  | SI | NO                       |   |
| 1. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Fuma             | 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Consume alguna sustancia psicotrópicas |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Consume bebidas alcohólicas | 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Toma anticonceptivos.                  |

**EXAMEN EXTRAORAL**

Perfil:                      Cóncavo                      Recto ✓                      Convexo  
 Tono Muscular:            Normal                      Tenso                      Flácido  
 Comisuras:                Normal                      Ulcerada                      Presionada  
 ATM:                      Dolor                      No                      Si  
                                     En Apertura                                                Lateralidad:  
                                     En Cierre                                                Trabajo                                                Balance                            
 Ruidos Articulares                      No                      Si  
 Desviación Mandibular:                      No                      Si

**EXAMEN INTRAORAL**

Tejidos Blandos:  
                                     Mucosa:                      Normal                      Inflamada                      Hemorrágica  
     Ulcerada                      Aftas                      Estomatitis  
                                     Tipo De Mucosa:                      Firme                      Resilente                      Fibrosa  
 Lengua:  
                                     Posición:                      Normal                      Protuida                      Retruída  
                                     Tamaño:                      Normal                      Macroglosia                      Microglosia  
 Torus:  
                                     Reborde Alveolar:                      Cuadrada                      Triangular                      Ovoide                      Mixto  
                                     Saliva:                      Normal                      Espesa                      Sialorrea                      Xerostomía

Para los fines requeridos declaro expresamente que:  
 1. Certifico que toda la información brindada es verdad y correcta de acuerdo a mi saber y entender. 2. Que he leído y comprendido toda la información solicitada por el/la profesional. 3. Que he sido informado/a por el/la profesional en un lenguaje claro y sencillo sobre los tratamientos a realizarse. 4. Que he entendido totalmente la información que se me ha dado. 5. Que he podido realizar todas las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 6. Que los espacios en blanco han sido llenado por el/la profesional en mi presencia. 7. Autorizo se tomen fotografías intra y/o extraorales para registro.

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma Del Paciente

Historia No. 002

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Alberto Enrique Apellidos: Vallarinos Loed  
 C.I. / Pasaporte: 0929793704 Fecha de Nacimiento: 16 de Enero 1989  
 Edad: 23 Sexo: M Estado Civil: soltero N° Hijos: N/A  
 E-mail: albertov182@gmail.com Celular: 091885229  
 Dirección: Santa Cecilia MZ. 7-A. Vila 6 Teléfono: 2854912  
 Deporte: Rugby Seleccionado: Ecuador-UCSG Teléfono: 091885229  
refugio

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI                       | NO                                  |                                 | SI                                  | NO                                  |                                |
|--------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Hipertensión Arterial           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Pérdida de peso significativa  |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Diabetes                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Sufre mareos frecuentes        |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Está en tratamiento psicológico | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Hemofilia                      |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Demora en cicatrizar            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Alergias                       |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Epilepsia                       |                                     |                                     | Cuál: <u>Pollo, (gatos)</u>    |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Radio Quimioterapia             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedades infecciosas       |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Hepatitis                       |                                     |                                     | Cuál: _____                    |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Fiebre Reumática                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedades respiratorias     |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Trastornos Gastrointestinales   |                                     |                                     | Cuál: _____                    |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Portador de VIH                 | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedades del corazón       |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Fracturas o accidentes          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Está tomando algún medicamento |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Esta Ud. Embarazada             |                                     |                                     | Cuál: _____                    |
|                          |                                     | Tiempo de gestación: _____      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Sufre de asma                  |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Inflamación de ganglios         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI                                  | NO                                  |  | SI                                  | NO                                  |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>2</u> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Luxaciones de mandíbula                                     |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Usa seda dental                              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Mantiene la boca abierta                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Usa enjuague dental                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Úlceras bucales o aftas                                     |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Dolor dental                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Mala experiencia con dentistas                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Golpes en la cara o dientes?                 |                                     |                                     | Qué sucedió: <u>Intervención de</u><br><u>mal realizada</u> |

Firma del Paciente

**ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS**

- |   |                                     |  |  |                             |                                     |      |                             |                                     |                             |   |    |    |  |                             |                                     |  |                             |                                     |                       |
|---|-------------------------------------|--|--|-----------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|----|----|--|-----------------------------|-------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Fuma</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Consumo bebidas alcohólicas</td> </tr> </table> | SI                                  | NO                                     |  | 1. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Fuma | 2. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo bebidas alcohólicas | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Consumo alguna sustancia psicotrópicas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4. <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Toma anticonceptivos.</td> </tr> </table> | SI | NO |  | 3. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo alguna sustancia psicotrópicas | 4. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Toma anticonceptivos. |
| SI  | NO                                  |  |  |                             |                                     |      |                             |                                     |                             |   |    |    |  |                             |                                     |  |                             |                                     |                       |
| 1. <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | Fuma                                   |  |                             |                                     |      |                             |                                     |                             |   |    |    |  |                             |                                     |  |                             |                                     |                       |
| 2. <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo bebidas alcohólicas            |  |                             |                                     |      |                             |                                     |                             |   |    |    |  |                             |                                     |  |                             |                                     |                       |
| SI  | NO                                  |  |  |                             |                                     |      |                             |                                     |                             |   |    |    |  |                             |                                     |  |                             |                                     |                       |
| 3. <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo alguna sustancia psicotrópicas |  |                             |                                     |      |                             |                                     |                             |   |    |    |  |                             |                                     |  |                             |                                     |                       |
| 4. <input type="checkbox"/>   | <input checked="" type="checkbox"/> | Toma anticonceptivos.                  |  |                             |                                     |      |                             |                                     |                             |   |    |    |  |                             |                                     |  |                             |                                     |                       |

**EXAMEN EXTRAORAL**

Perfil:	<u>Cóncavo</u>	<u>Recto</u>	Convexo
Tono Muscular:	<u>Normal</u>	Tenso	Flácido
Comisuras:	<u>Normal</u>	Ulcerada	Presionada
ATM:	Dolor	<u>No</u>	Si
	En Apertura	<u>  </u>	Lateralidad:
	En Cierre	<u>  </u>	Trabajo <u>  </u>
			Balance <u>  </u>
Ruidos Articulares	<u>No</u>	Si	
Desviación Mandibular:	<u>No</u>	Si	

**EXAMEN INTRAORAL**

Tejidos Blandos:			
Mucosa:	<u>Normal</u>	<u>Inflamada</u>	Hemorrágica
	Ulcerada	Aftas	Estomatitis
Tipo De Mucosa:	Firme	Resilente	Fibrosa
Lengua:			
Posición:	<u>Normal</u>	Protuida	Retruida
Tamaño:	<u>Normal</u>	Macroglosia	Microglosia
Torus:	<u>No</u>	Si	
Reborde Alveolar:	<u>Cuadrada</u>	Triangular	<u>Ovoide</u>
			Mixto
Saliva:	<u>Normal</u>	Espesa	Sialorrea Xerostomía

Para los fines requeridos declaro expresamente que:  
 1. Certifico que toda la información brindada es verdad y correcta de acuerdo a mi saber y entender. 2. Que he leído y comprendido toda la información solicitada por el/la profesional. 3. Que he sido informado/a por el/la profesional en un lenguaje claro y sencillo sobre los tratamientos a realizarse. 4. Que he entendido totalmente la información que se me ha dado. 5. Que he podido realizar todas las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 6. Que los espacios en blanco han sido llenado por el/la profesional en mi presencia. 7. Autorizo se tomen fotografías intra y/o extraorales para registro.



Firma Del Paciente

Historia No. 00 3

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Catalda Apellidos: Vallejo Gonzalez  
 C.I. / Pasaporte: 0918162538 Fecha de Nacimiento: 11/feb/89  
 Edad: 23 Sexo: M    F X Estado Civil: soltera N°. Hijos:     
 E-mail: CaboVallejo89@gmail.com Celular: 081130515  
 Dirección: Km. 24 vía a la costa Teléfono:     
 Deporte: RUGBY Seleccionado: UCSG Teléfono: 042738202

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: Ileana Apellidos: García  
 Dirección: Verdesa Norte Teléfonos:   

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                                  |   | SI  | NO                                  |  |
|-----|-------------------------------------|---|-----|-------------------------------------|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión Arterial           | 14. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes                        | 15. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está en tratamiento psicológico | 16. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hemofilia                      |
| 4.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Demora en cicatrizar            | 17. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alergias                                  |
| 5.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia                       |     |                                     | Cuát: <u>P:VA</u>  |
| 6.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Radio Quimioterapia             | 18. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas       |
| 7.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis                       |     |                                     | Cuát: <u>  </u>  |
| 8.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Reumática                | 19. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias     |
| 9.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Trastornos Gastrointestinales              |     |                                     | Cuát: <u>  </u>  |
| 10. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Portador de VIH                 | 20. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       |
| 11. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fracturas o accidentes          | 21. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está tomando algún medicamento |
| 12. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Esta Ud. Embarazada             |     |                                     | Cuát: <u>  </u>  |
|     |                                     | Tiempo de gestación: <u>  </u>                                      | 22. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre de asma                  |
| 13. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Inflamación de ganglios         | 23. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |   | SI | NO                       |  |
|----|-------------------------------------|---|----|--------------------------|--|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>2</u> | 6. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Luxaciones de mandíbula        |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa seda dental                              | 7. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene la boca abierta       |
| 3. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Usa enjuague dental               | 8. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras bucales o aftas        |
| 4. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor dental                                 | 9. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Mala experiencia con dentistas |
| 5. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Golpes en la cara o dientes?      |    |                          | Qué sucedió: <u>  </u>   |

Declaro que he leído y comprendido el contenido de esta historia clínica y estoy de acuerdo a mi saber y entender.

  
Firma del Paciente



**ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS**

- | SI                          | NO  | SI                                     | NO   |
|-----------------------------|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Fuma                        | 3. <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Consume alguna sustancia psicotrópicas |
| 2. <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Consume bebidas alcohólicas | 4. <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Toma anticonceptivos.                             |

**EXAMEN EXTRAORAL**

Perfil:                    Cóncavo                    Recto                    Convexo  
Tono Muscular:        Normal                    Tenso                    Flácido  
Comisuras:            Normal                    Ulcerada                    Presionada  
ATM:                    Dolor                    No                    Si  
                                  En Apertura                         Lateralidad:  
                                  En Cierre                         Trabajo                         Balance       
Ruidos Articulares        No                    Si  
Desviación Mandibular: No                    Si

**EXAMEN INTRAORAL**

Tejidos Blandos:  
Mucosa:                    Normal                    ~~Inflamada~~                    Hemorrágica  
                                  Ulcerada                    Aftas                    Estomatitis  
Tipo De Mucosa:        Firme                    Resilente                    Fibrosa  
Lengua:  
Posición:                    Normal                    Protuida                    Retruída  
Tamaño:                    Normal                    Macroglosia                    Microglosia  
Torus:                    No                    Si  
Reborde Alveolar:        Cuadrada                    Triangular                    Ovoide                    Mixto  
Saliva:                    Normal                    Espesa                    Sialorrea                    Xerostomía

Para los fines requeridos declaro expresamente que:  
1. Certifico que toda la información brindada es verdad y correcta de acuerdo a mi saber y entender. 2. Que he leído y comprendido toda la información solicitada por el/la profesional. 3. Que he sido informado/a por el/la profesional en un lenguaje claro y sencillo sobre los tratamientos a realizarse. 4. Que he entendido totalmente la información que se me ha dado. 5. Que he podido realizar todas las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 6. Que los espacios en blanco han sido llenado por el/la profesional en mi presencia. 7. Autorizo se tomen fotografías intra y/o extraorales para registro.

Firma Del Paciente

Historia No. 00 4

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: MAI Alejandra Apellidos: Calderón Wong  
 C.I. / Pasaporte: 0926282393 Fecha de Nacimiento: 8/4/88  
 Edad: 24 Sexo: M  F  Estado Civil: Soltera N°. Hijos: 0  
 E-mail: maicw@hotmail.com Celular: 088813472  
 Dirección: Urdesa Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Deporte: FUGBY Seleccionado: Refugio - UCSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: ANNA Apellidos: WONG  
 Dirección: Centro, Acupfle y Chile Teléfonos: 2320862

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI                                  | NO                                  |                                    | SI                                  | NO                                  |                                    |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 1. Hipertensión Arterial           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 14. Pérdida de peso significativa  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 2. Diabetes                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 15. Sufre mareos frecuentes        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Está en tratamiento psicológico | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 16. Hemofilia                      |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Demora en cicatrizar            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 17. Alergias                       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Epilepsia                       |                                     |                                     | Cuát: <u>QUINOLONA</u>             |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Radio Quimioterapia             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 18. Enfermedades infecciosas       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Hepatitis                       |                                     |                                     | Cuát: _____                        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Fiebre Reumática                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 19. Enfermedades respiratorias     |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. Trastornos Gastrointestinales   |                                     |                                     | Cuát: <u>TRAQVETIS</u>             |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Portador de VIH                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 20. Enfermedades del corazón       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 11. Fracturas o accidentes         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 21. Está tomando algún medicamento |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Esta Ud. Embarazada            |                                     |                                     | Cuát: _____                        |
|                                     |                                     | Tiempo de gestación: _____         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 22. Sufre de asma                  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 13. Inflamación de ganglios        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 23. Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI                                  | NO                                  |   | SI                       | NO                                  |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 1. Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>2</u> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Luxaciones de mandíbula        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 2. Usa seda dental                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Mantiene la boca abierta       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 3. Usa enjuague dental                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Úlceras bucales o aftas        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Dolor dental                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. Mala experiencia con dentistas |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Golpes en la cara o dientes?                 |                          |                                     | Qué sucedió: _____                |

certifica que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y completa de acuerdo a mi saber y conciencia.

Mai Calderón Wong  
Firma del Paciente

**ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS**

- |   |   |
|---|---|
| <p>SI NO</p> <p>1. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Fuma</p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Consume bebidas alcohólicas</p> | <p>SI NO</p> <p>3. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Consume alguna sustancia psicotrópicas</p> <p>4. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toma anticonceptivos.</p> |
|---|---|

**EXAMEN EXTRAORAL**

Perfit:	<u>Cóncavo</u>	Recto	Convexo
Tono Muscular:	<u>Normal</u>	Tenso	Flácido
Comisuras:	<u>Normal</u>	Ulcerada	Presionada
ATM: Dolor	<u>No</u>	Si	
En Apertura	___	Lateralidad:	
En Cierre	___	Trabajo	Balance
Ruidos Articulares	<u>No</u>	Si	
Desviación Mandibular:	<u>No</u>	Si	

**EXAMEN INTRAORAL**

Tejidos Blandos:			
Mucosa:	<u>Normal</u>	Inflamada	Hemorrágica
	Ulcerada	Aftas	Estomatitis
Tipo De Mucosa:	<u>Firme</u>	Resilente	Fibrosa
Lengua:			
Posición:	<u>Normal</u>	Protuida	Retruida
Tamaño:	<u>Normal</u>	Macroglosia	Microglosia
Tonus:	<u>No</u>	<u>Si</u>	
Reborde Alveolar:	<u>Cuadrada</u>	Triangular	Ovoide Mixto
Saliva:	<u>Normal</u>	Espesa	Sialorrea Xerostomía

Para los fines requeridos declaro expresamente que:  
 1. Certifico que toda la información brindada es verdad y correcta de acuerdo a mi saber y entender. 2. Que he leído y comprendido toda la información solicitada por el/la profesional. 3. Que he sido informado/a por el/la profesional en un lenguaje claro y sencillo sobre los tratamientos a realizarse. 4. Que he entendido totalmente la información que se me ha dado. 5. Que he podido realizar todas las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 6. Que los espacios en blanco han sido llenado por el/la profesional en mi presencia. 7. Autorizo se tomen fotografías intra y/o extraorales para fines de estudio.

*Mari Calderon Wong*

Firma Del Paciente

Historia No. 005

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Lucy Rodríguez Mora Apellidos: \_\_\_\_\_  
 C.I. / Pasaporte: 0A15837893 Fecha de Nacimiento: 02-12-1985  
 Edad: 28 Sexo: M  F \_\_\_\_\_ Estado Civil: soltero N°. Hijos: 0  
 E-mail: beat1285@gmail.com Celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Acaesio Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Deporte: Judo Seleccionado: Refuerzo Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                                  |                                 | SI  | NO                                  |                                |
|-----|-------------------------------------|---------------------------------|-----|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Hipertensión Arterial           | 14. | <input checked="" type="checkbox"/> | Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Diabetes                        | 15. | <input checked="" type="checkbox"/> | Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Está en tratamiento psicológico | 16. | <input checked="" type="checkbox"/> | Hemofilia                      |
| 4.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Demora en cicatrizar            | 17. | <input checked="" type="checkbox"/> | Alergias                       |
| 5.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Epilepsia                       | 18. | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedades infecciosas       |
| 6.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Radio Quimioterapia             |     |                                     | Cuánt: _____                   |
| 7.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Hepatitis                       | 19. | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedades respiratorias     |
| 8.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Fiebre Reumática                |     |                                     | Cuánt: _____                   |
| 9.  | <input checked="" type="checkbox"/> | Trastornos Gastrointestinales   | 20. | <input checked="" type="checkbox"/> | Enfermedades del corazón       |
| 10. | <input checked="" type="checkbox"/> | Portador de VIH                 | 21. | <input checked="" type="checkbox"/> | Está tomando algún medicamento |
| 11. | <input checked="" type="checkbox"/> | Fracturas o accidentes          |     |                                     | Cuánt: _____                   |
| 12. | <input type="checkbox"/>            | Esta Ud. Embarazada             | 22. | <input checked="" type="checkbox"/> | Sufre de asma                  |
|     |                                     | Tiempo de gestación: _____      | 23. | <input checked="" type="checkbox"/> | Aborto                         |
| 13. | <input type="checkbox"/>            | Inflamación de ganglios         |     |                                     |                                |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |  | SI | NO                                  |                                |
|----|-------------------------------------|--|----|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>2</u> | 6. | <input checked="" type="checkbox"/> | Luxaciones de mandíbula        |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | Usa seda dental                              | 7. | <input checked="" type="checkbox"/> | Mantiene la boca abierta       |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | Usa enjuague dental                          | 8. | <input checked="" type="checkbox"/> | Úlceras bucales o aftas        |
| 4. | <input checked="" type="checkbox"/> | Dolor dental                                 | 9. | <input checked="" type="checkbox"/> | Malá experiencia con dentistas |
| 5. | <input checked="" type="checkbox"/> | Golpes en la cara o dientes?                 |    |                                     | Qué sucedió: _____             |

Certifico que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender.

  
 Firma del Paciente



Historia No. 00 6

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Jessica Salome Apellidos: JACOBO ARSUJO  
 C.I. / Pasaporte: 09242211615 Fecha de Nacimiento: 17 de Junio del 1989  
 Edad: 23 Sexo: M    F    Estado Civil: Soltera N° Hijos: 0  
 E-mail: Jessik-jacobe@hotmail.com Celular: 092005589  
 Dirección: San Felipe HZ 157 Y 56 Teléfono: 255605  
 Deporte: Rugby Seleccionado: UCSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: Dr. Eduardo GUZMAN Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Sambones Teléfonos: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                                  |   | SI  | NO                       |  |
|-----|-------------------------------------|---|-----|--------------------------|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión Arterial           | 14. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes                        | 15. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está en tratamiento psicológico | 16. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Hemofilia                      |
| 4.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Demora en cicatrizar            | 17. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Alergias                       |
| 5.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia                       |     |                          | Cuát: _____  |
| 6.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Radio Quimioterapia             | 18. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas       |
| 7.  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hepatitis                                  |     |                          | Cuát: _____  |
| 8.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Reumática                | 19. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias     |
| 9.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Trastornos Gastrointestinales   |     |                          | Cuát: _____  |
| 10. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Portador de VIH                 | 20. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       |
| 11. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fracturas o accidentes          | 21. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Está tomando algún medicamento |
| 12. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Esta Ud. Embarazada             |     |                          | Cuát: _____  |
|     |                                     | Tiempo de gestación: _____  | 22. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre de asma                  |
| 13. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Inflamación de ganglios         | 23. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |   | SI | NO                                  |  |
|----|-------------------------------------|---|----|-------------------------------------|--|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>3</u> | 6. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Luxaciones de mandíbula                   |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa seda dental                              | 7. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene la boca abierta       |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa enjuague dental                          | 8. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras bucales o aftas        |
| 4. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Dolor dental                      | 9. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Mala experiencia con dentistas |
| 5. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Golpes en la cara o dientes?      |    |                                     | Qué sucedió: _____   |

certifico que toda la información consignada en esta historia clínica es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y conciencia.

  
 Firma del Paciente



Historia No. 00 7

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Ketty Melissa Apellidos: Vera Borzaga  
 C.I. / Pasaporte: 0922626685 Fecha de Nacimiento: 08/11/1986  
 Edad: 25 Sexo: M  F  Estado Civil: Soltera N° Hijos: \_\_\_\_\_  
 E-mail: maliz2k@hotmail.com Celular: 093848879  
 Dirección: Par de Naciones 2911 y La Loma Teléfono: 2390460  
 Deporte: Rugby Seleccionado: UCSG- Rufuizo Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI                       | NO                                  |                                    | SI                       | NO                                  |                                    |
|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Hipertensión Arterial           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 14. Pérdida de peso significativa  |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Diabetes                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 15. Sufre mareos frecuentes        |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Está en tratamiento psicológico | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 16. Hemofilia                      |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Demora en cicatrizar            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 17. Alergias                       |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Epilepsia                       |                          |                                     | Cuát: _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Radio Quimioterapia             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 18. Enfermedades infecciosas       |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Hepatitis                       |                          |                                     | Cuát: _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Fiebre Reumática                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 19. Enfermedades respiratorias     |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. Trastornos Gastrointestinales   |                          |                                     | Cuát: _____                        |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Portador de VIH                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 20. Enfermedades del corazón       |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 11. Fracturas o accidentes         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 21. Está tomando algún medicamento |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Esta Ud. Embarazada            |                          |                                     | Cuát: _____                        |
|                          |                                     | Tiempo de gestación: _____         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 22. Sufre de asma                  |
| <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 13. Inflamación de ganglios        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 23. Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI                                  | NO                                  |   | SI                       | NO                                  |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 1. Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>4</u> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Luxaciones de mandíbula        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Usa seda dental                              | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Mantiene la boca abierta       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Usa enjuague dental                          | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Úlceras bucales o aftas        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Dolor dental                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. Mala experiencia con dentistas |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Golpes en la cara o dientes?                 |                          |                                     | Qué sucedió: _____                |

Declaro que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y correcta, y que soy consciente de los riesgos de no hacerlo.

  
 Firma del Paciente





Historia No. 00 8

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Leonard Fabricio Apellidos: Pin Alvarado  
 C.I. / Pasaporte: 0929356012 Fecha de Nacimiento: 21 / Octubre / 1991  
 Edad: 20 Sexo: M  F  Estado Civil: soltero N° Hijos: 0  
 E-mail: Fabricio\_21-91@hotmail.com Celular: 081445450  
 Dirección: Floresta 2 Hz 155 V06 Teléfono: 242 7880  
 Deporte: Fútbol y Judo Seleccionado: Sí - UCSE Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI                                  | NO                                  |                                    | SI                                  | NO                                  |                                    |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 1. Hipertensión Arterial           | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 14. Pérdida de peso significativa  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Diabetes                        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 15. Sufre mareos frecuentes        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Está en tratamiento psicológico | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 16. Hemofilia                      |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Demora en cicatrizar            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 17. Alergias                       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Epilepsia                       |                                     |                                     | Cuál: _____                        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Radio Quimioterapia             | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 18. Enfermedades infecciosas       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Hepatitis                       |                                     |                                     | Cuál: _____                        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Fiebre Reumática                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 19. Enfermedades respiratorias     |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 9. Trastornos Gastrointestinales   |                                     |                                     | Cuál: _____                        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 10. Portador de VIH                | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 20. Enfermedades del corazón       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 11. Fracturas o accidentes         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | 21. Está tomando algún medicamento |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 12. Esta Ud. Embarazada            |                                     |                                     | Cuál: <u>Dolor Muscular</u>        |
|                                     |                                     | Tiempo de gestación: _____         | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 22. Sufre de asma                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 13. Inflamación de ganglios        | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 23. Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI                                  | NO                                  |   | SI                                  | NO                                  |                                   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 1. Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>3</u> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 6. Luxaciones de mandíbula        |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 2. Usa seda dental                              | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 7. Mantiene la boca abierta       |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Usa enjuague dental                          | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 8. Úlceras bucales o aftas        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 4. Dolor dental                                 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | 9. Mala experiencia con dentistas |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | 5. Golpes en la cara o dientes?                 |                                     |                                     | Qué sucedió: <u>Dolor</u>         |

Certifico que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y correcta de acuerdo a su saber y conciencia.

*Leonard Pin A.*

Firma del Paciente

**ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS**

- |    |                                     |                                     |                             |    |                          |                                     |  |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----|--------------------------|-------------------------------------|--|
| SI | NO                                  |                                     | SI                          | NO |                          |                                     |  |
| 1. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | Fuma                        | 3. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Consume alguna sustancia psicotrópicas |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | Consume bebidas alcohólicas | 4. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Toma anticonceptivos.                  |

**EXAMEN EXTRAORAL**

Perfil:	Cóncavo	Recto	Convexo			
Tono Muscular:	Normal	Tenso	Flácido			
Comisuras:	Normal	Ulcerada	Presionada			
ATM:	Dolor	No	Si			
	En Apertura	___	Lateralidad:			
	En Cierre	___	Trabajo	___	Balance	___
Ruidos Articulares	No	Si				
Desviación Mandibular:	No	Si				

**EXAMEN INTRAORAL**

Tejidos Blandos:				
Mucosa:	Normal	Inflamada	Hemorrágica	
	Ulcerada	Aftas	Estomatitis	
Tipo De Mucosa:	Firme	Resilente	Fibrosa	
Lengua:				
Posición:	Normal	Protuida	Retruida	
Tamaño:	Normal	Macroglosia	Microglosia	
Torus:	No	Si		
Reborde Alveolar:	Cuadrada	Triangular	Ovoide	Mixto
Saliva:	Normal	Espesa	Sialorrea	Xerostomía

Para los fines requeridos declaro expresamente que:  
1. Certifico que toda la información brindada es verdad y correcta de acuerdo a mi saber y entender. 2. Que he leído y comprendido toda la información solicitada por el/la profesional. 3. Que he sido informado/a por el/la profesional en un lenguaje claro y sencillo sobre los tratamientos a realizarse. 4. Que he entendido totalmente la información que se me ha dado. 5. Que he podido realizar todas las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 6. Que los espacios en blanco han sido llenado por el/la profesional en mi presencia. 7. Autorizo se tomen fotografías intra y/o extraorales para análisis.

*Leonard Pim A.*  
Firma Del Paciente

Historia No. 009

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: José Javier Apellidos: Lampuzano Villafuerte  
 C.I. / Pasaporte: 0930243753 Fecha de Nacimiento: 21-12-91  
 Edad: 20 Sexo: M X F Estado Civil: Soltero N° Hijos: 0  
 E-mail: jkmpuzano.3008@hotmail.com Celular: 096866602  
 Dirección: Huancavilca Norte Pz. B Villa 81 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Deporte: Judo Seleccionado: UCSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

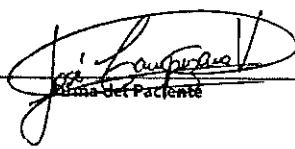
**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                                  |   | SI  | NO                                  |  |
|-----|-------------------------------------|---|-----|-------------------------------------|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión Arterial           | 14. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes                        | 15. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está en tratamiento psicológico | 16. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hemofilia                      |
| 4.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Demora en cicatrizar            | 17. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alergias                                  |
| 5.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia                       |     |                                     | Cuál: <u>Penicilina</u>  |
| 6.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Radio Quimioterapia             | 18. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas       |
| 7.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis                       |     |                                     | Cuál: _____  |
| 8.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Reumática                | 19. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias     |
| 9.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Trastornos Gastrointestinales   |     |                                     | Cuál: _____  |
| 10. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Portador de VIH                 | 20. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       |
| 11. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fracturas o accidentes          | 21. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está tomando algún medicamento |
| 12. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Esta Ud. Embarazada             |     |                                     | Cuál: _____  |
|     |                                     | Tiempo de gestación: _____  | 22. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre de asma                  |
| 13. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Inflamación de ganglios                    | 23. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |   | SI | NO                                  |  |
|----|-------------------------------------|---|----|-------------------------------------|--|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>2</u> | 6. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Luxaciones de mandíbula                   |
| 2. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Usa seda dental                   | 7. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene la boca abierta       |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa enjuague dental                          | 8. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras bucales o aftas        |
| 4. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Dolor dental                      | 9. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Mala experiencia con dentistas |
| 5. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Golpes en la cara o dientes?      |    |                                     | Qué sucedió: _____   |

VALIDAR QUE TODA LA INFORMACIÓN EN ESTA HISTORIA CLÍNICA ES VERDADERA Y CORRECTA DE ACUERDO A SU SABER Y ENTENDER.

  
 Firma del Paciente

**ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS**

- |    |  |  |                             |    |                             |  |  |
|----|--|--|-----------------------------|----|-----------------------------|--|--|
| 1. | <input type="checkbox"/> SI            | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Fuma                        | 3. | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Consumo alguna sustancia psicotrópicas |
| 2. | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | Consumo bebidas alcohólicas | 4. | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | Toma anticonceptivos.                  |

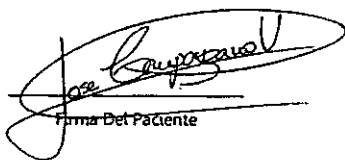
**EXAMEN EXTRAORAL**

Perfil:	<u>Cóncavo</u>	Recto	<u>Convexo</u>
Tono Muscular:	<u>Normal</u>	Tenso	<u>Flácido</u>
Comisuras:	<u>Normal</u>	Ulcerada	Presionada
ATM:	Dolor <u>No</u> Si		
	En Apertura <u>    </u>	Lateralidad:	
	En Cierre <u>    </u>	Trabajo <u>    </u>	Balance <u>    </u>
Ruidos Articulares	<u>No</u> Si		
Desviación Mandibular:	<u>No</u> Si		

**EXAMEN INTRAORAL**

Tejidos Blandos:			
Mucosa:	<u>Normal</u>	Inflamada	Hemorrágica
	Ulcerada	Aftas	Estomatitis
Tipo De Mucosa:	<u>Firme</u>	Resilente	Fibrosa
Lengua:			
Posición:	<u>Normal</u>	Protuida	Retruida
Tamaño:	<u>Normal</u>	Macroglosia	Microglosia
Torus:	<u>No</u> Si		
Reborde Alveolar:	<u>Cuadrada</u>	Triangular	<u>Ovoide</u> Mixto
Saliva:	<u>Normal</u>	Espesa	Salorrea Xerostomía

Para los fines requeridos declaro expresamente que:  
1. Certifico que toda la información brindada es verdad y correcta de acuerdo a mi saber y entender. 2. Que he leído y comprendido toda la información solicitada por el/la profesional. 3. Que he sido informado/a por el/la profesional en un lenguaje claro y sencillo sobre los tratamientos a realizarse. 4. Que he entendido totalmente la información que se me ha dado. 5. Que he podido realizar todas las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 6. Que los espacios en blanco han sido llenado por el/la profesional en mi presencia. 7. Autorizo se tomen fotografías intra y/o extraorales para registro.

  
Firma Del Paciente

Historia No. 0010

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Jimmy Andrés Apellidos: Zambrano García  
 C.I. / Pasaporte: 093061853-3 Fecha de Nacimiento: 10-06-1991  
 Edad: 21 Sexo: M  F  Estado Civil: Soltero N°. Hijos: 0  
 E-mail: jimmy.fbj@hotmail.com Celular: 085 566327  
 Dirección: Montebello Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Deporte: Judo Seleccionado: UCSG. Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

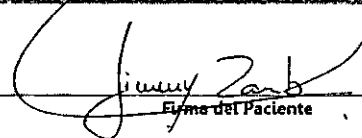
**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                                  |   | SI  | NO                                  |  |
|-----|-------------------------------------|---|-----|-------------------------------------|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión Arterial           | 14. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes                        | 15. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está en tratamiento psicológico | 16. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hemofilia                      |
| 4.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Demora en cicatrizar            | 17. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Alergias                                  |
| 5.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia                       |     |                                     | Cuál: <u>Pdvo, Penicilina</u>                                      |
| 6.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Radio Quimioterapia             | 18. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas       |
| 7.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis                       |     |                                     | Cuál: _____  |
| 8.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Reumática                | 19. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias                |
| 9.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Trastornos Gastrointestinales   |     |                                     | Cuál: <u>Asma</u>  |
| 10. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Portador de VIH                 | 20. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       |
| 11. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Fracturas o accidentes                     | 21. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está tomando algún medicamento |
| 12. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Esta Ud. Embarazada             |     |                                     | Cuál: _____  |
|     |                                     | Tiempo de gestación: _____  | 22. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sufre de asma                             |
| 13. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Inflamación de ganglios         | 23. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |   | SI | NO                       |  |
|----|-------------------------------------|---|----|--------------------------|--|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>2</u> | 6. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Luxaciones de mandíbula        |
| 2. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Usa seda dental                   | 7. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene la boca abierta       |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa enjuague dental                          | 8. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras bucales o aftas        |
| 4. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor dental                                 | 9. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Mala experiencia con dentistas |
| 5. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Golpes en la cara o dientes?                 |    |                          | Qué sucedió: _____   |

Confirma que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y honesta por la persona que la brinda y que no se trata de un caso de fraude.

  
 El/ma del Paciente



Historia No. 00 11

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Juan Carlos Apellidos: Brones Olvera  
 C.I. / Pasaporte: 120673565-4 Fecha de Nacimiento: 24/06/92  
 Edad: 20 Sexo: M X F Estado Civil: Soltero N° Hijos: 0  
 E-mail: juanbol@hotmail.com Celular: \_\_\_\_\_  
 Dirección: Sauces III Teléfono: 096877542  
 Deporte: Judo Seleccionado: UCSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: Sandra Apellidos: Sig-Tu  
 Dirección: Babahoyo - Eloy Alfaro y 5 de Junio Teléfonos: \_\_\_\_\_

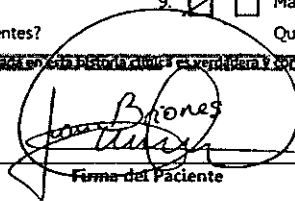
**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                                  |   | SI  | NO                       |  |
|-----|-------------------------------------|---|-----|--------------------------|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión Arterial           | 14. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes                        | 15. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está en tratamiento psicológico | 16. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Hemofilia                      |
| 4.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Demora en cicatrizar            | 17. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Alergias                       |
| 5.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia                       |     |                          | Cuát: _____  |
| 6.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Radio Quimioterapia             | 18. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas       |
| 7.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis                       |     |                          | Cuát: _____  |
| 8.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Reumática                | 19. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias     |
| 9.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Trastornos Gastrointestinales   |     |                          | Cuát: _____  |
| 10. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Portador de VIH                 | 20. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       |
| 11. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Fracturas o accidentes          | 21. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Está tomando algún medicamento |
| 12. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Esta Ud. Embarazada             |     |                          | Cuát: _____  |
|     |                                     | Tiempo de gestación: _____  | 22. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre de asma                  |
| 13. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Inflamación de ganglios         | 23. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |   | SI | NO                                  |  |
|----|-------------------------------------|---|----|-------------------------------------|--|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>2</u> | 6. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Luxaciones de mandíbula  |
| 2. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Usa seda dental                   | 7. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene la boca abierta |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa enjuague dental                          | 8. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Úlceras bucales o aftas             |
| 4. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Dolor dental                                 | 9. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Mala experiencia con dentistas      |
| 5. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Golpes en la cara o dientes?                 |    |                                     | Qué sucedió: _____   |

Certifico que toda la información dada en esta historia clínica es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender.

  
 Firma del Paciente





Historia No. 00 12

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Estefanía Andreina Apellidos: Saldaña Valverde  
 C.I. / Pasaporte: 120699800-5 Fecha de Nacimiento: 22-10-91  
 Edad: 20 Sexo: M  F  Estado Civil: Soltera Nº. Hijos: 0  
 E-mail: stefania.saldaña@hotmail.com Celular: 095120720  
 Dirección: Babahoyo Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Deporte: Judo Seleccionado: UCSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

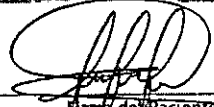
**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                                  |   | SI  | NO                       |  |
|-----|-------------------------------------|---|-----|--------------------------|--|
| 1.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hipertensión Arterial           | 14. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes                        | 15. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Está en tratamiento psicológico | 16. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Hemofilia                      |
| 4.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Demora en cicatrizar            | 17. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Alergias                       |
| 5.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia                       |     |                          | Cuál: _____  |
| 6.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Radio Quimioterapia             | 18. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas       |
| 7.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis                       |     |                          | Cuál: _____  |
| 8.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fiebre Reumática                | 19. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades respiratorias     |
| 9.  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Trastornos Gastrointestinales   |     |                          | Cuál: _____  |
| 10. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Portador de VIH                 | 20. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       |
| 11. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Fracturas o accidentes          | 21. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Está tomando algún medicamento |
| 12. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Esta Ud. Embarazada             |     |                          | Cuál: _____  |
|     |                                     | Tiempo de gestación: _____  | 22. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Sufre de asma                  |
| 13. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Inflamación de ganglios                    | 23. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |  | SI | NO                       |  |
|----|-------------------------------------|--|----|--------------------------|--|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Cepilla sus dientes. Cuántas veces: _____ | 6. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Luxaciones de mandíbula        |
| 2. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Usa seda dental                | 7. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Mantiene la boca abierta       |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Usa enjuague dental                       | 8. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Úlceras bucales o aftas        |
| 4. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Dolor dental                   | 9. | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Mala experiencia con dentistas |
| 5. | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> Golpes en la cara o dientes?   |    |                          | Qué sucedió: _____   |

certifico que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y conciencia.



Firma del Paciente



Historia No. 0013

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Franz Gerardo Apellidos: Rodríguez Chusán  
 C.I. / Pasaporte: 0921736542 Fecha de Nacimiento: 01-02-1987  
 Edad: 25 Sexo: M  X F Estado Civil: Casado N°. Hijos: 0  
 E-mail: franz-rodriguez@hotmail.com Celular: 090030790  
 Dirección: Bellarista Teléfono: 2201208  
 Deporte: Todo Seleccionado: UCSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

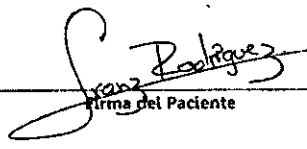
**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI                       | NO                       |                                    | SI                                  | NO                       |                                    |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Hipertensión Arterial           | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 14. Pérdida de peso significativa  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Diabetes                        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 15. Sufre mareos frecuentes        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Está en tratamiento psicológico | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 16. Hemofilia                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Demora en cicatrizar            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Alergias                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Epilepsia                       | Cuát: <u>Polvo, Lana</u>            |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Radio Quimioterapia             | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 18. Enfermedades infecciosas       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Hepatitis                       | Cuát: _____                         |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Fiebre Reumática                | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Enfermedades respiratorias     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Trastornos Gastrointestinales   | Cuát: <u>Asma</u>                   |                          |                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Portador de VIH                | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 20. Enfermedades del corazón       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Fracturas o accidentes         | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 21. Está tomando algún medicamento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Esta Ud. Embarazada            | Cuát: _____                         |                          |                                    |
|                          |                          | Tiempo de gestación: _____         | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. Sufre de asma                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Inflamación de ganglios        | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 23. Aborto                         |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI                                  | NO                       |   | SI                       | NO                       |                                   |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>3</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Luxaciones de mandíbula        |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Usa seda dental                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Mantiene la boca abierta       |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Usa enjuague dental                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Úlceras bucales o aftas        |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 4. Dolor dental                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Mala experiencia con dentistas |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | 5. Golpes en la cara o dientes?                 | Qué sucedió: _____       |                          |                                   |

Le informo que esta información es confidencial y debe ser utilizada únicamente para fines de diagnóstico y correcta de la salud y bienestar del paciente.

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Paciente



Historia No. 00 14

**DATOS PERSONALES DEL DEPORTISTA**

Nombres: Oscar Albaro Apellidos: Ortiz Alvaran  
 C.I. / Pasaporte: 1310294499 Fecha de Nacimiento: 13-05-1988  
 Edad: 24 Sexo: M  X F Estado Civil: Soltero N°. Hijos: NO  
 E-mail: osortizoc@hotmail.com Celular: 093779489  
 Dirección: Bellavista Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Deporte: Judo Seleccionado: UCSG Teléfono: \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL ODONTÓLOGO**

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS GENERALES**

- | SI  | NO                       |                                 | SI  | NO                       |                                |
|-----|--------------------------|---------------------------------|-----|--------------------------|--------------------------------|
| 1.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | 14. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     |                          | Hipertensión Arterial           |     |                          | Pérdida de peso significativa  |
| 2.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | 15. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     |                          | Diabetes                        |     |                          | Sufre mareos frecuentes        |
| 3.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | 16. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     |                          | Está en tratamiento psicológico |     |                          | Hemofilia                      |
| 4.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | 17. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     |                          | Demora en cicatrizar            |     |                          | Alergias                       |
| 5.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |     |                          | Cuát: _____                    |
|     |                          | Epilepsia                       | 18. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 6.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |     |                          | Enfermedades infecciosas       |
|     |                          | Radio Quimioterapia             |     |                          | Cuát: _____                    |
| 7.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | 19. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     |                          | Hepatitis                       |     |                          | Enfermedades respiratorias     |
| 8.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |     |                          | Cuát: _____                    |
|     |                          | Fiebre Reumática                | 20. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 9.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |     |                          | Enfermedades del corazón       |
|     |                          | Trastornos Gastrointestinales   | 21. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| 10. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |     |                          | Está tomando algún medicamento |
|     |                          | Portador de VIH                 |     |                          | Cuát: _____                    |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | 22. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     |                          | Fracturas o accidentes          |     |                          | Sufre de asma                  |
| 12. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | 23. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|     |                          | Esta Ud. Embarazada             |     |                          | Aborto                         |
|     |                          | Tiempo de gestación: _____      |     |                          |                                |
| 13. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        |     |                          |                                |
|     |                          | Inflamación de ganglios         |     |                          |                                |

**ANTECEDENTES BUCODENTALES**

- | SI | NO                                  |  | SI | NO                       |                                |
|----|-------------------------------------|--|----|--------------------------|--------------------------------|
| 1. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | 6. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|    |                                     | Cepilla sus dientes. Cuántas veces: <u>3</u> |    |                          | Luxaciones de mandíbula        |
| 2. | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                     | 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|    |                                     | Usa seda dental                              |    |                          | Mantiene la boca abierta       |
| 3. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     | 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|    |                                     | Usa enjuague dental                          |    |                          | Úlceras bucales o aftas        |
| 4. | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>                     | 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
|    |                                     | Dolor dental                                 |    |                          | Mala experiencia con dentistas |
| 5. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                     |    |                          | Qué sucedió: _____             |
|    |                                     | Golpes en la cara o dientes?                 |    |                          |                                |

Certifico que toda la información brindada en esta historia clínica es verdadera y correcta de acuerdo a mi saber y entender.

  
 Firma del Paciente

**ANTECEDENTES TOXICOLÓGICOS**

- |   |                                     |  |  |                          |                                     |      |                          |                                     |                             |   |           |           |  |                          |                                     |  |                          |                                     |                       |
|---|-------------------------------------|--|--|--------------------------|-------------------------------------|------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|-----------|-----------|--|--------------------------|-------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Fuma</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Consumo bebidas alcohólicas</td> </tr> </table> | <b>SI</b>                           | <b>NO</b>                              |  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Fuma | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo bebidas alcohólicas | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>SI</b></td> <td style="text-align: center;"><b>NO</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Consumo alguna sustancia psicotrópicas</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Toma anticonceptivos.</td> </tr> </table> | <b>SI</b> | <b>NO</b> |  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo alguna sustancia psicotrópicas | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Toma anticonceptivos. |
| <b>SI</b>   | <b>NO</b>                           |  |  |                          |                                     |      |                          |                                     |                             |   |           |           |  |                          |                                     |  |                          |                                     |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | Fuma                                   |  |                          |                                     |      |                          |                                     |                             |   |           |           |  |                          |                                     |  |                          |                                     |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo bebidas alcohólicas            |  |                          |                                     |      |                          |                                     |                             |   |           |           |  |                          |                                     |  |                          |                                     |                       |
| <b>SI</b>   | <b>NO</b>                           |  |  |                          |                                     |      |                          |                                     |                             |   |           |           |  |                          |                                     |  |                          |                                     |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | Consumo alguna sustancia psicotrópicas |  |                          |                                     |      |                          |                                     |                             |   |           |           |  |                          |                                     |  |                          |                                     |                       |
| <input type="checkbox"/>  | <input checked="" type="checkbox"/> | Toma anticonceptivos.                  |  |                          |                                     |      |                          |                                     |                             |   |           |           |  |                          |                                     |  |                          |                                     |                       |

**EXAMEN EXTRAORAL**

Perfil:	<u>Cóncavo</u>	<u>Recto</u>	Convexo
Tono Muscular:	<u>Normal</u>	Tenso	Flácido
Comisuras:	<u>Normal</u>	Ulcerada	Presionada
ATM:	Dolor	<u>No</u>	Si
	En Apertura	___	Lateralidad:
	En Cierre	___	Trabajo
		___	Balance
Ruidos Articulares	<u>No</u>	Si	
Desviación Mandibular:	<u>No</u>	Si	

**EXAMEN INTRAORAL**

Tejidos Blandos:			
Mucosa:	<u>Normal</u>	Inflamada	Hemorrágica
	Ulcerada	Aftas	Estomatitis
Tipo De Mucosa:	Firme	<u>Resilente</u>	Fibrosa
Lengua:			
Posición:	<u>Normal</u>	Protuida	Retruida
Tamaño:	<u>Normal</u>	Macroglosia	Microglosia
Torus:	<u>No</u>	Si	
Reborde Alveolar:	Cuadrada	Triangular	Ovoide
Saliva:	<u>Normal</u>	Espesa	Sialorrea
			<u>Xerostomía</u>

Para los fines requeridos declaro expresamente que:

1. Certifico que toda la información brindada es verdad y correcta de acuerdo a mi saber y entender. 2. Que he leído y comprendido toda la información solicitada por el/la profesional. 3. Que he sido informado/a por el/la profesional en un lenguaje claro y sencillo sobre los tratamientos a realizarse. 4. Que he entendido totalmente la información que se me ha dado. 5. Que he podido realizar todas las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente. 6. Que los espacios en blanco han sido llenado por el/la profesional en mi presencia. 7. Autorizo se tomen fotografías intra y/o extraorales para registro.

  
 Firma Del Paciente







ENCUESTA No. 01

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

ENCUESTA No. 02

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (  )

No (  )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (  )

Una (  )

Más de una (  )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si (  )

No (  )

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si (  )

No (  )

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si (  )

No (  )

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (  )

No (  )

ENCUESTA No. 03

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (✓)

Una ( )

Más de una ( )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si ( )

No (✓)

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si ( )

No (✓)

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si ( )

No (✓)

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (✓)

No ( )

ENCUESTA No. 04

1. ¿Siente usted mayor relajación entre maxilares con el uso del protector bucal personalizado?

Si (  )

No (  )

2. ¿En el transcurso del partido cuantas veces se le cayó el protector bucal personalizado?

Ninguna (  )

Una (  )

Más de una (  )

3. ¿El protector bucal personalizado le incomoda cuando se encuentra realizando su actividad deportiva?

Si (  )

No (  )

4. ¿Siente reducción del flujo de aire hacia los pulmones al momento de respirar cuando está usando el protector bucal?

Si (  )

No (  )

5. ¿En el transcurso del partido tuvo dificultades de comunicarse con su compañero de equipo?

Si (  )

No (  )

Si a partir de la pregunta # 3 más de dos respuestas fueron negativas, responda la pregunta # 6:

6. ¿Siente usted que su rendimiento físico ha aumentado desde que utiliza el protector bucal personalizado?

Si (  )

No (  )