

1 · DENTISTA QUE DERIVA

Nombre y apellidos

Nº de colegiado

Clínica

Teléfono

Email para el informe

2 · PACIENTE

Nombre y apellidos

Teléfono

Edad

Alergias, medicación o antecedentes relevantes

3 · PIEZA(S) A VALORAR · NOTACIÓN FDI

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

4 · MOTIVO DE LA DERIVACIÓN

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Endodoncia | ☐ Endodoncia compleja o calcificada | ☐ Retratamiento |
| ☐ Instrumento fracturado o poste | ☐ Perforación o reabsorción | ☐ Ápice inmaduro o traumatismo |
| ☐ Microcirugía apical | ☐ Valoración y diagnóstico | ☐ Valorar con CBCT si lo considera necesario |

5 · DATOS CLÍNICOS

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Dolor espontáneo | ☐ Sensibilidad al frío/calor | ☐ Dolor a la percusión |
| ☐ Fístula | ☐ Inflamación | ☐ Asintomático |

Tratamientos previos en la pieza (endodoncia, poste, corona, fecha aproximada)

Observaciones / diagnóstico de presunción

6 · PRUEBAS QUE SE ADJUNTAN

- ☐ Rx periapical ☐ Ortopantomografía ☐ CBCT previo ☐ Fotografías ☐ Ninguna

Tras el tratamiento, el paciente vuelve a su clínica para la restauración definitiva.

Recibirá un informe con las radiografías finales y, si lo solicita, el vídeo del tratamiento.

Fecha

Firma y sello del dentista

- ☐ El paciente autoriza el envío de sus datos clínicos a EndodonciaBadajoz para su atención.