

Anexos

FORMULARIO

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____

Sexo: _____

Disfunción: Sí _____ No: _____

I.- Limitación del rango de movimiento mandibular.

	Limitación		
	Normal	Leve	Severa
a) Abertura Máxima	_____	_____	_____
b) Lateralidad Derecha	_____	_____	_____
c) Lateralidad Izquierda			
d) Propulsión máxima			

Índice de movimientos. Puntuación: _____

II.- Dolor en movimiento.

- a) No _____
- b) Un solo movimiento _____
- c) 2 o más movimientos _____

Puntuación: _____

III.- Dolor muscular

Temporal: ATM _____ Media: _____ Post: _____ Uni: _____ Vila: _____

Masetero: Unilateral: _____ Bilateral: _____

Pterigoideo medial: Unilateral: _____ Bilateral: _____

Puntuación: _____

IV.- Alteración de la función en la articulación.

- a) Apertura y cierre sin desviación o sonido _____
- b) Sonido articular y/o desviación en apertura _____
- c) Traba o luxación con o sin sonidos _____

Puntuación: _____

V.- Dolor en Articulación Temporo-Mandibular

- a) Sin dolor espontáneo: _____
- b) Dolor periarticular uni o bilateral de la articulación temporo-mandibular: _____
- c) Dolor por la vía conducto auditivo externo: _____

Puntuación Total: _____

Disfunción Leve: _____

Moderada: _____

Severa: _____