

HOJA DE INFORMACION PARA LOS PACIENTES

Nuestra intención es que usted reciba información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Descripción general del estudio.

Este estudio tiene como objetivo conocer, y que usted también conozca, en qué medida su personalidad y los factores emocionales influyen o están relacionados trastornos temporomandibulares.

Si usted accede a participar en el estudio, se realizará la exploración de su aparato masticador y deberá realizar los test psicológicos en consulta.

Confidencialidad

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. De acuerdo con Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo su médico y sus colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo urgencia médica o requerimiento legal.

Usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Para lo cual deberá dirigirse al médico encargado del estudio.

Otra información relevante.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores lo consideran oportuno. En cualquier caso, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha retirado su retirada del estudio.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han explicado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: (nombre y apellido del participante)

He leído las hojas de información que se me han entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que me puedo retirar del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Y presto mi conformidad con la participación en el estudio.

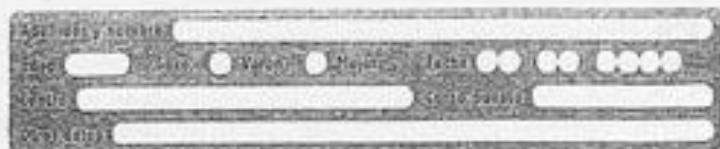
Fecha

Firma y DNI del participante

Fecha

Firma del investigador.

STAI



A-E	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan típicamente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y indique la puntuación [0 a 3] que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describe su situación presente.	Puntuación			
		Nada	Algo	bastante	Mucho
1	Me siento calmado.	0	1	2	3
2	Me siento seguro.	0	1	2	3
3	Estoy tenso.	0	1	2	3
4	Estoy contrariado.	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6	Me siento alterado.	0	1	2	3
7	Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8	Me siento descansado.	0	1	2	3
9	Me siento angustiado.	0	1	2	3
10	Me siento confortable.	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12	Me siento nervioso.	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14	Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15	Estoy relajado.	0	1	2	3
16	Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17	Estoy preocupado.	0	1	2	3
18	Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19	Me siento alegre.	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.	0	1	2	3
A-R	A continuación, encontrará unas frases que se utilizan típicamente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y indique la puntuación [0 a 3] que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describe cómo se siente Ud. generalmente.	Casi nunca A veces	A menudo	Casi siempre	
21	Me siento bien.	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25	Pienso oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26	Me siento descansado.	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28	Vejo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30	Soy feliz.	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33	Me siento seguro.	0	1	2	3
34	Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36	Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39	Soy una persona estable.	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

CONFIRME SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.

Autor: C. D. Spielberger.



Copyright © 1982, 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de frases que la gente usa para describirse a sí misma. Por favor, lea las correspondientes a la columna de su sexo (VARONES o MUJERES) y rodee con un círculo el número que más se aproxime a cómo se siente **EN ESTE MOMENTO** y **GENERALMENTE**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos actuales y cómo se siente en la mayoría de las ocasiones.

DEBE CONTESTAR EN LA COLUMNA DE SU SEXO.

VARONES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenado	1	2	3	4
3. Estoy decaído	1	2	3	4
4. Estoy animado	1	2	3	4
5. Me siento desdichado	1	2	3	4
6. Estoy hundido	1	2	3	4
7. Estoy contento	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmado	1	2	3	4
10. Me siento enérgico	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO
A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciado	1	2	3	4
13. Me siento pleno	1	2	3	4
14. Me siento dichoso	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaído	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundido	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgico	1	2	3	4

MUJERES

EN ESTE MOMENTO...	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento bien	1	2	3	4
2. Estoy apenada	1	2	3	4
3. Estoy decaída	1	2	3	4
4. Estoy animada	1	2	3	4
5. Me siento desdichada	1	2	3	4
6. Estoy hundida	1	2	3	4
7. Estoy contenta	1	2	3	4
8. Estoy triste	1	2	3	4
9. Estoy entusiasmada	1	2	3	4
10. Me siento enérgica	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE CONTESTANDO
A LOS ELEMENTOS 11 A 20.

GENERALMENTE...	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
11. Disfruto de la vida	1	2	3	4
12. Me siento desgraciada	1	2	3	4
13. Me siento plena	1	2	3	4
14. Me siento dichosa	1	2	3	4
15. Tengo esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
16. Estoy decaída	1	2	3	4
17. No tengo ganas de nada	1	2	3	4
18. Estoy hundida	1	2	3	4
19. Estoy triste	1	2	3	4
20. Me siento enérgica	1	2	3	4



Autor: Dr. D. Spielberger.

Copyright © 2008 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España - Este ejemplar está impreso en Si se presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

CRI • A

Nombre y apellidos

Edad

Sexo

V

M

Fecha de evaluación

/

/

Años de escolaridad

Trabajo actual

INSTRUCCIONES

Este ejemplar contiene preguntas sobre cómo se enfrenta a los problemas importantes que surgen en su vida. Consta de dos partes. En la PARTE 1 deberá describir el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Ejemplos de estas situaciones pueden ser problemas con familiares o amigos, la enfermedad o muerte de un ser querido, un accidente o problemas de salud, dificultades financieras o de trabajo... Si no ha vivido ningún problema importante, piense en un problema de menor importancia que haya tenido que resolver.

Seguidamente tendrá que indicar su grado de acuerdo en 10 preguntas que se le formulan acerca de cómo valora este problema, siguiendo este criterio:

SN: Si su respuesta es **SEGURO QUE NO.**

GN: Si su respuesta es **GENERALMENTE NO.**

GS: Si su respuesta es **GENERALMENTE SÍ.**

SS: Si su respuesta es **SEGURO QUE SÍ.**

En la PARTE 2 deberá responder a 48 preguntas expresando en cada una la frecuencia con la que actúa de la manera que se indica. Deberá marcar:

N: Si su respuesta es **NO, NUNCA.**

U: Si su respuesta es **UNA O DOS VECES.**

B: Si su respuesta es **BASTANTES VECES.**

S: Si su respuesta es **SÍ, CASI SIEMPRE.**

Trate de responder a todas las preguntas de la forma más precisa que pueda. Recuerde que sus respuestas son confidenciales y que no hay contestaciones buenas ni malas, sencillamente siga su criterio personal.

Si quiere corregir alguna respuesta, tache bien la primera y redondee la nueva respuesta.

Antes de empezar, no olvide anotar sus datos de identificación en la parte superior de esta página.

arte 1

Por favor, piense en el problema más importante o la situación más difícil que haya vivido en los últimos 12 meses. Brevemente, describa este problema en el siguiente espacio:

- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) la intensidad de estrés que le ha generado
- Puntúe del 1 al 10 (1 = casi nada, 10 = muchísimo) el grado en que creía controlar este problema

A continuación responda a las siguientes 10 preguntas y rodee su contestación en el espacio indicado.

	SN	GN	GS	SS
	SEGURO QUE NO	GENERALMENTE NO	GENERALMENTE SÍ	SEGURO QUE SÍ
1. ¿Había tenido que resolver antes un problema como éste?	SN	GN	GS	SS
2. ¿Sabía que este problema le iba a ocurrir a usted?	SN	GN	GS	SS
3. ¿Tuvo suficiente tiempo de preparación para afrontar este problema?	SN	GN	GS	SS
4. Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como una amenaza?	SN	GN	GS	SS
5. Cuando ocurrió este problema, ¿pensó en él como un reto?	SN	GN	GS	SS
6. Este problema, ¿fue causado por algo que hizo usted?	SN	GN	GS	SS
7. Este problema, ¿fue causado por algo que hizo otra persona?	SN	GN	GS	SS
8. ¿Sacó algo bueno de enfrentarse a este problema?	SN	GN	GS	SS
9. ¿Se ha resuelto ya este problema o situación?	SN	GN	GS	SS
10. Si el problema ya se ha solucionado, ¿le va ya todo bien?	SN	GN	GS	SS

arte 2

Lea atentamente cada una de las 48 preguntas que aparecen a continuación y señale con qué frecuencia actúa de la manera que la pregunta indica para afrontar el problema que ha descrito en la PARTE 1. Anote sus contestaciones en el espacio reservado para ello en la página siguiente.

Observe que las respuestas están ordenadas en filas. Si no desea contestar una pregunta, redondee

el número de dicha pregunta para indicar que ha decidido omitirla. Si alguna pregunta no se aplica a su caso escriba NA (No aplicable) a la derecha del número de la pregunta. Si quiere corregir alguna de sus respuestas, tache bien la primera y redondee la nueva respuesta.

- | | |
|--|--|
| 1. ¿Pensó en diferentes maneras de resolver el problema? | 9. ¿Intentó distanciarse del problema y ser más objetivo? |
| 2. ¿Se decía a sí mismo algo para sentirse mejor? | 10. ¿Se recordó a sí mismo que las cosas podían ser mucho peores? |
| 3. ¿Habló con su cónyuge u otro familiar acerca del problema? | 11. ¿Habló con algún amigo sobre el problema? |
| 4. ¿Decidió una forma de resolver el problema y la aplicó? | 12. ¿Sabía lo que tenía que hacer y se esforzó para que las cosas funcionaran? |
| 5. ¿Intentó olvidarlo todo? | 13. ¿Intentó no pensar en el problema? |
| 6. ¿Pensó que el tiempo lo resolvería y que la única cosa que tenía que hacer era esperar? | 14. ¿Se dio cuenta de que no controlaba el problema? |
| 7. ¿Intentó ayudar a otros a resolver un problema similar? | 15. ¿Empezó a hacer nuevas actividades? |
| 8. ¿Descargó su enfado sobre otras personas cuando se sentía triste o enfadado? | 16. ¿Se aventuró e hizo algo arriesgado? |

17. ¿Le dio vueltas en su cabeza sobre lo que tenía que hacer o decir?
18. ¿Intentó ver el lado positivo de la situación?
19. ¿Habló con algún profesional (por ejemplo, doctor, abogado, sacerdote...)?
20. ¿Decidió lo que quería y se esforzó en conseguirlo?
21. ¿Fantaseó o imaginó mejores tiempos y situaciones que los que estaba viviendo?
22. ¿Creyó que el resultado sería decidido por el destino?
23. ¿Intentó hacer nuevos amigos?
24. En general, ¿se mantuvo apartado de la gente?
25. ¿Intentó prever cómo podrían cambiar las cosas?
26. ¿Pensó que estaba mejor que otras personas con el mismo problema que el suyo?
27. ¿Buscó la ayuda de otras personas o grupos con el mismo tipo de problema?
28. ¿Intentó resolver el problema al menos de dos formas diferentes?
29. ¿Intentó no pensar en su situación, aún sabiendo que tendría que hacerlo en otro momento?
30. ¿Aceptó el problema porque no se podía hacer nada para cambiarlo?
31. ¿Leyó con más frecuencia como forma de distracción?
32. ¿Gritó o chilló para desahogarse?
33. ¿Trató de dar algún sentido personal a la situación?
34. ¿Intentó decirse a sí mismo que las cosas mejorarían?
35. ¿Procuró informarse más sobre la situación?
36. ¿Intentó aprender a hacer más cosas por su cuenta?
37. ¿Deseó que el problema desapareciera o deseó acabar con él de algún modo?
38. ¿Esperó que se resolviera de la peor manera posible?
39. ¿Empleó mucho tiempo en actividades de recreo?
40. ¿Lloró para manifestar sus sentimientos?
41. ¿Intentó anticipar las nuevas demandas que le podían pedir?
42. ¿Pensó en cómo esta situación podía cambiar su vida a mejor?
43. ¿Rezó para quitarse o fortalecerse?
44. ¿Se tomó las cosas día a día, paso a paso?
45. ¿Intentó negar que el problema era realmente muy serio?
46. ¿Perdió la esperanza de que las cosas volvieran a ser como antes?
47. ¿Volvió al trabajo, o a otras actividades, para enfrentarse al problema?
48. ¿Alguna vez hizo algo que pensó que no funcionaría, pero al menos usted estaba haciendo algo?

1 2 3 4 5 6 7 8

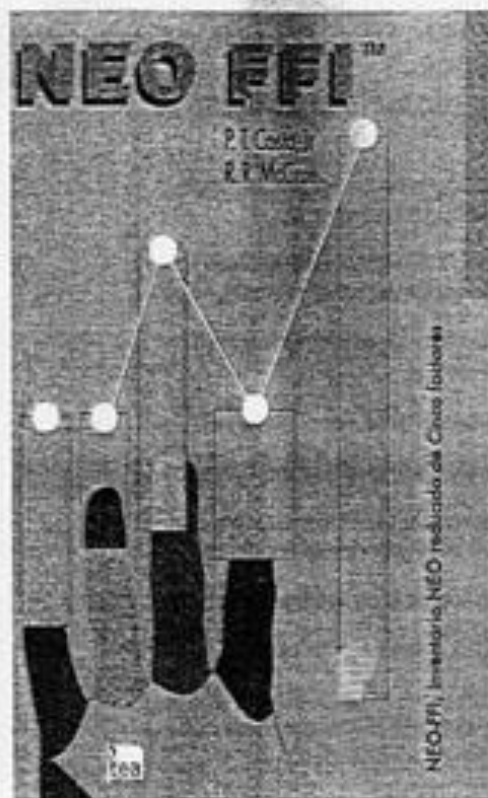
NO, NUNCA UNA O DOS VECES BASTANTES VECES SÍ, CASI SIEMPRE

1	2	3	4	5	6	7	8
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
9	10	11	12	13	14	15	16
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
17	18	19	20	21	22	23	24
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
25	26	27	28	29	30	31	32
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
33	34	35	36	37	38	39	40
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S
41	42	43	44	45	46	47	48
N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S	N U B S



Autor: R. H. Moos. Copyright original © 1993 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc., USA.
 Copyright de la adaptación española © 2010 by TEA Ediciones, S.A.U., Madrid, España.
 Edita: TEA Ediciones, S.A.U., Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28014 Madrid, España - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS.
 Si se presenta otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE.
 Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial. Impreso en España. Printed in Spain.

INSTRUCCIONES



Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas.

Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa (A a E) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Señale:

- A si la frase es completamente falsa en su caso, si está en total desacuerdo con ella.
- B si la frase es frecuentemente falsa, si está en desacuerdo con ella.
- C si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o si Vd. se considera neutral en relación con lo que se dice en ella.
- D si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está de acuerdo con ella.
- E si la frase es completamente cierta, si está totalmente de acuerdo con ella.

Vea los dos ejemplos (E1 y E2) que vienen aquí debajo y cómo se ha contestado.

- E1 Me gustaría pilotar una nave espacial A B C D E
- E2 A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros A B C D E

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que está en **total desacuerdo** (letra A) en la frase E1, porque no le gustaría nada pilotar una nave espacial, y está **de acuerdo** con la frase E2, porque frecuentemente prefiere los tonos oscuros para vestir (letra D).

Por tanto, no hay respuestas «correctas» ni «incorrectas». Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

No olvide anotar sus datos personales en la parte superior antes de contestar a las frases.

**ESPERE, NO PASE LA PAGINA HASTA QUE SE LE INDICAN.
MUY IMPORTANTE, ESTE EJEMPLAR DEBE ESTAR DESPLEGADO PARA CONTESTAR.**

A menudo me siento inferior a los demás.

Soy una persona alegre y animosa.

A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.

Tiendo a pensar lo mejor de la gente.

Parece que nunca soy capaz de organizarme.

Rara vez me siento con miedo o ansioso.

Disfruto mucho hablando con la gente.

La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.

A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.

Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.

A veces me vienen a la mente pensamientos alarmadores.

Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.

Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.

A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.

Trabajo mucho para conseguir mis metas.

A veces me parece que no valgo absolutamente nada.

No me considero especialmente alegre.

Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.

Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.

Tengo mucha auto-disciplina.

A veces las cosas me parecen demasiado serenas y desesperanza.

- 225 Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
- 226 Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
- 227 Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.
- 228 Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
- 229 No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
- 230 Tengo mucha fantasía.
- 231 Mi primera reacción es confiar en la gente.
- 232 Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
- 233 A menudo me siento tenso e inquieto.
- 234 Soy una persona muy activa.
- 235 Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
- 236 Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
- 237 Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
- 238 A veces me he sentido amargado y resentido.
- 239 En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
- 240 Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
- 241 Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
- 242 Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
- 243 Soy bastante estable emocionalmente.
- 244 Huyo de las multitudes.
- 245 A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.

En total desacuerdo
 En desacuerdo
 Neutral
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

- 14 Trato de ser humilde.
 15 Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.
 16 Rara vez estoy triste o deprimido.
 17 A veces reboso felicidad.
 18 Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.
 19 Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.
 20 En ocasiones primero actúo y luego pienso.
 21 A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.
 22 Me gusta estar donde está la acción.
 23 Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.

- 24 Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.
 25 Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.
 26 Es difícil que yo pierda los estribos.
 27 No me gusta mucho charlar con la gente.
 28 Rara vez experimento emociones fuertes.
 29 Los mendigos no me inspiran simpatía.
 30 Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.

INSTRUCCIONES

- ¿HA RESPONDIDO A TODAS LAS FRASES? SÍ NO
 ¿HA MARCADO SUS RESPUESTAS EN LOS CUADROS INDICADOS? SÍ NO
 ¿HA RESPONDIDO FELIZ Y SINCERAMENTE A LAS FRASES? SÍ NO

FINITE LA PRUEBA

TRABEE CON UN CIRCULO LA ALTERNATIVA (A-E) QUE LE CORRESPONDA MEJOR A SU MANERA DE SER

En total desacuerdo
 En desacuerdo
 Neutral
 De acuerdo
 Totalmente de acuerdo

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 A B C D E | <input type="checkbox"/> 7 A B C D E | <input type="checkbox"/> 13 A B C D E | <input type="checkbox"/> 19 A B C D E | <input type="checkbox"/> 25 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 2 A B C D E | <input type="checkbox"/> 8 A B C D E | <input type="checkbox"/> 14 A B C D E | <input type="checkbox"/> 20 A B C D E | <input type="checkbox"/> 26 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 3 A B C D E | <input type="checkbox"/> 9 A B C D E | <input type="checkbox"/> 15 A B C D E | <input type="checkbox"/> 21 A B C D E | <input type="checkbox"/> 27 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 4 A B C D E | <input type="checkbox"/> 10 A B C D E | <input type="checkbox"/> 16 A B C D E | <input type="checkbox"/> 22 A B C D E | <input type="checkbox"/> 28 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 5 A B C D E | <input type="checkbox"/> 11 A B C D E | <input type="checkbox"/> 17 A B C D E | <input type="checkbox"/> 23 A B C D E | <input type="checkbox"/> 29 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 6 A B C D E | <input type="checkbox"/> 12 A B C D E | <input type="checkbox"/> 18 A B C D E | <input type="checkbox"/> 24 A B C D E | <input type="checkbox"/> 30 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 11 A B C D E | <input type="checkbox"/> 17 A B C D E | <input type="checkbox"/> 23 A B C D E | <input type="checkbox"/> 29 A B C D E | <input type="checkbox"/> 35 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 12 A B C D E | <input type="checkbox"/> 18 A B C D E | <input type="checkbox"/> 24 A B C D E | <input type="checkbox"/> 30 A B C D E | <input type="checkbox"/> 36 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 13 A B C D E | <input type="checkbox"/> 19 A B C D E | <input type="checkbox"/> 25 A B C D E | <input type="checkbox"/> 31 A B C D E | <input type="checkbox"/> 37 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 14 A B C D E | <input type="checkbox"/> 20 A B C D E | <input type="checkbox"/> 26 A B C D E | <input type="checkbox"/> 32 A B C D E | <input type="checkbox"/> 38 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 15 A B C D E | <input type="checkbox"/> 21 A B C D E | <input type="checkbox"/> 27 A B C D E | <input type="checkbox"/> 33 A B C D E | <input type="checkbox"/> 39 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 16 A B C D E | <input type="checkbox"/> 22 A B C D E | <input type="checkbox"/> 28 A B C D E | <input type="checkbox"/> 34 A B C D E | <input type="checkbox"/> 40 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 17 A B C D E | <input type="checkbox"/> 23 A B C D E | <input type="checkbox"/> 29 A B C D E | <input type="checkbox"/> 35 A B C D E | <input type="checkbox"/> 41 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 18 A B C D E | <input type="checkbox"/> 24 A B C D E | <input type="checkbox"/> 30 A B C D E | <input type="checkbox"/> 36 A B C D E | <input type="checkbox"/> 42 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 19 A B C D E | <input type="checkbox"/> 25 A B C D E | <input type="checkbox"/> 31 A B C D E | <input type="checkbox"/> 37 A B C D E | <input type="checkbox"/> 43 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 20 A B C D E | <input type="checkbox"/> 26 A B C D E | <input type="checkbox"/> 32 A B C D E | <input type="checkbox"/> 38 A B C D E | <input type="checkbox"/> 44 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 21 A B C D E | <input type="checkbox"/> 27 A B C D E | <input type="checkbox"/> 33 A B C D E | <input type="checkbox"/> 39 A B C D E | <input type="checkbox"/> 45 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 22 A B C D E | <input type="checkbox"/> 28 A B C D E | <input type="checkbox"/> 34 A B C D E | <input type="checkbox"/> 40 A B C D E | <input type="checkbox"/> 46 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 23 A B C D E | <input type="checkbox"/> 29 A B C D E | <input type="checkbox"/> 35 A B C D E | <input type="checkbox"/> 41 A B C D E | <input type="checkbox"/> 47 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 24 A B C D E | <input type="checkbox"/> 30 A B C D E | <input type="checkbox"/> 36 A B C D E | <input type="checkbox"/> 42 A B C D E | <input type="checkbox"/> 48 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 25 A B C D E | <input type="checkbox"/> 31 A B C D E | <input type="checkbox"/> 37 A B C D E | <input type="checkbox"/> 43 A B C D E | <input type="checkbox"/> 49 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 26 A B C D E | <input type="checkbox"/> 32 A B C D E | <input type="checkbox"/> 38 A B C D E | <input type="checkbox"/> 44 A B C D E | <input type="checkbox"/> 50 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 27 A B C D E | <input type="checkbox"/> 33 A B C D E | <input type="checkbox"/> 39 A B C D E | <input type="checkbox"/> 45 A B C D E | <input type="checkbox"/> 51 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 28 A B C D E | <input type="checkbox"/> 34 A B C D E | <input type="checkbox"/> 40 A B C D E | <input type="checkbox"/> 46 A B C D E | <input type="checkbox"/> 52 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 29 A B C D E | <input type="checkbox"/> 35 A B C D E | <input type="checkbox"/> 41 A B C D E | <input type="checkbox"/> 47 A B C D E | <input type="checkbox"/> 53 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 30 A B C D E | <input type="checkbox"/> 36 A B C D E | <input type="checkbox"/> 42 A B C D E | <input type="checkbox"/> 48 A B C D E | <input type="checkbox"/> 54 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 31 A B C D E | <input type="checkbox"/> 37 A B C D E | <input type="checkbox"/> 43 A B C D E | <input type="checkbox"/> 49 A B C D E | <input type="checkbox"/> 55 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 32 A B C D E | <input type="checkbox"/> 38 A B C D E | <input type="checkbox"/> 44 A B C D E | <input type="checkbox"/> 50 A B C D E | <input type="checkbox"/> 56 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 33 A B C D E | <input type="checkbox"/> 39 A B C D E | <input type="checkbox"/> 45 A B C D E | <input type="checkbox"/> 51 A B C D E | <input type="checkbox"/> 57 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 34 A B C D E | <input type="checkbox"/> 40 A B C D E | <input type="checkbox"/> 46 A B C D E | <input type="checkbox"/> 52 A B C D E | <input type="checkbox"/> 58 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 35 A B C D E | <input type="checkbox"/> 41 A B C D E | <input type="checkbox"/> 47 A B C D E | <input type="checkbox"/> 53 A B C D E | <input type="checkbox"/> 59 A B C D E |
| <input type="checkbox"/> 36 A B C D E | <input type="checkbox"/> 42 A B C D E | <input type="checkbox"/> 48 A B C D E | <input type="checkbox"/> 54 A B C D E | <input type="checkbox"/> 60 A B C D E |

MUY IMPORTANTE
NO ANOTE NADA EN ESTE RECTÁNGULO

STAXI - 2

Nombres y Apellidos: _____
 Edad: _____ Sexo: Masculino () Femenino ()
 Estado Civil: _____ Fecha: ____/____/____
 Estudios: _____

Parte 1. ESCALA DE ESTADO

						Sent.	Exp.F	Exp. V
1. Estoy furioso	1	2	3	4	___ 1	<input type="text"/>		
2. Me siento irritado	1	2	3	4	___ 2	<input type="text"/>		
3. Me siento enfadado	1	2	3	4	___ 3	<input type="text"/>		
4. Le pegaría a alguien	1	2	3	4	___ 4		<input type="text"/>	
5. Estoy quemado	1	2	3	4	___ 5	<input type="text"/>		
6. Me gustaría decir groserías	1	2	3	4	___ 6			<input type="text"/>
7. Estoy Enojado	1	2	3	4	___ 7	<input type="text"/>		
8. Daría puñetazos a la pared	1	2	3	4	___ 8		<input type="text"/>	
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	1	2	3	4	___ 9			<input type="text"/>
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	1	2	3	4	___ 10			<input type="text"/>
11. Quiero romper algo	1	2	3	4	___ 11		<input type="text"/>	
12. Me dan ganas de gritar	1	2	3	4	___ 12			<input type="text"/>
13. Le tiraré algo a alguien	1	2	3	4	___ 13		<input type="text"/>	
14. Tengo gana de abofetear a alguien	1	2	3	4	___ 14		<input type="text"/>	
15. Me gustaría iniciar una pelea con alguien	1	2	3	4	___ 15			<input type="text"/>

PD TOTAL ESTADO = + +

Parte 2. RASGO DE IRA

						Temp	Reacc
16. Me caliento rápidamente	1	2	3	4	___ 16	<input type="text"/>	
17. Tengo un carácter irritable	1	2	3	4	___ 17	<input type="text"/>	
18. Soy una persona muy exaltada	1	2	3	4	___ 18	<input type="text"/>	
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	1	2	3	4	___ 19		<input type="text"/>
20. Tiendo a perder los estribos	1	2	3	4	___ 20	<input type="text"/>	
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4	___ 21		<input type="text"/>
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4	___ 22		<input type="text"/>
23. me enojo con facilidad	1	2	3	4	___ 23	<input type="text"/>	
24. me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	1	2	3	4	___ 24		<input type="text"/>
25. Me enfado cuando se me trata injustamente	1	2	3	4	___ 25		<input type="text"/>

PD TOTAL ESTADO = +

BSI

Identificación: _____ Fecha: _____

A continuación hay un listado de problemas que en ocasiones tienen las personas. Por favor, léalo cuidadosamente y seleccione, en cada caso su respuesta, marcando el número que mejor describa hasta qué punto se ha sentido molesto por ese problema durante las últimas dos semanas. No olvide que debe contestar todas las cuestiones planteadas.

1 Nada / 2 Un Poco / 3 Moderadamente / 4 Bastante / 5 Mucho.

*Escriba el número correspondiente en la casilla vacía de la derecha

1. Nerviosismo o agitación interior	1 2 3 4 5 (----)
2. Sensaciones de desmayo o mareo	1 2 3 4 5 (----)
3. Sentirse fácilmente irritado o enfadado	1 2 3 4 5 (----)
4. Dolores en el corazón o en el pecho	1 2 3 4 5 (----)
5. Tener miedo de repente y sin razón	1 2 3 4 5 (----)
6. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	1 2 3 4 5 (----)
7. Sentirse solo	1 2 3 4 5 (----)
8. Sentirse triste	1 2 3 4 5 (----)
9. No sentir interés por las cosas	1 2 3 4 5 (----)

10. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	1 2 3 4 5 (—)
11. La impresión de que la gente es poco amistosa o de que usted no les gusta	1 2 3 4 5 (—)
12. Sentirse inferior a los demás	1 2 3 4 5 (—)
13. Náuseas o malestar en el estómago	1 2 3 4 5 (—)
14. Dificultad para conciliar el sueño	1 2 3 4 5 (—)
15. Dificultad para respirar	1 2 3 4 5 (—)
16. Sentir calor o frío de repente	1 2 3 4 5 (—)
17. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le den miedo	1 2 3 4 5 (—)
18. Que se le quede la mente en blanco	1 2 3 4 5 (—)
19. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	1 2 3 4 5 (—)
20. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	1 2 3 4 5 (—)
21. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	1 2 3 4 5 (—)
22. Sentirse tenso o agitado	1 2 3 4 5 (—)

23. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien {---}	1 2 3 4 5
24. Tener fuertes deseos de romper algo	1 2 3 4 5 {---}
25. Sentirse muy cohibido entre otras personas	1 2 3 4 5 {---}
26. Sentirse muy incómodo entre mucha gente, por ej. en el cine, en las tiendas	1 2 3 4 5 {---}
27. Ataques de terror o pánico	1 2 3 4 5 {---}
28. Tener discusiones frecuentes	1 2 3 4 5 {---}
29. Sentirse nervioso cuando se encuentra solo	1 2 3 4 5 {---}
30. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo {---}	1 2 3 4 5
31. La sensación de ser inútil o de no valer nada	1 2 3 4 5 {---}

TEST DE SCREENING PARA TTM DOLOROSOS

1. En los últimos 30 días, ¿cuánto tiempo sintió dolor en la mandíbula, la sien o en ambos lados?
 - A. Sin dolor
 - B. El dolor viene y va
 - C. El dolor está siempre presente

2. En los últimos 30 días, ¿ha tenido dolor o tensión/rigidez en su mandíbula al levantarse?
 - A. No
 - B. Sí

3. En los últimos 30 días, ¿alguna de las siguientes actividades han modificado su dolor en la mandíbula, sien o en ambos lados? Conteste tanto si ha mejorado el dolor o empeorado.
 - A. Masticar cosas duras
 - a. No
 - b. Sí
 - B. Abrir la boca o mover la mandíbula hacia delante o a los lados
 - a. No
 - b. Sí
 - C. Hábitos como mantener los dientes juntos, apretar los dientes, rechinar o comer chicle
 - a. No
 - b. Sí
 - D. Otras actividades como hablar, besar o bostezar
 - a. No
 - b. Sí

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES

CUESTIONARIO DE SINTOMAS

DOLOR

1. Siente dolor en la mandíbula, sien, oído o delante de la oreja, en cualquier lado. Sí No

• Si la respuesta es NO, pase a la pregunta número 5

2. Cuántos meses o años han pasado desde que sintió dolor por primera vez en la mandíbula, sien, oído o delante de la oreja. [] Años [] Meses

3. En los últimos 30 días, de las siguientes opciones, cual describe mejor su dolor en la mandíbula, sien, oído o delante de la oreja, en cualquier lado.

• Seleccione UNA respuesta

- Sin dolor
 El dolor viene y va
 Dolor siempre presente

• Si la respuesta es NO, pase a la pregunta número 5

4. En los últimos 30 días, cuáles de las siguientes actividades han modificado el dolor (a mejor o a peor) en su mandíbula, sien, oído o delante de la oreja.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Comer alimentos duros
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Abrir la boca o mover la mandíbula hacia delante o los lados
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hábitos como mantener los dientes, juntos, apretar/rechinar los dientes o masticar chicle
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otras actividades como hablar, besar o bostezar

CEFALEA/DOLOR DE CABEZA

5. En los últimos 30 días, ¿ha tenido dolor de cabeza incluyendo la zona de la sien?

• Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 8 Sí No

6. ¿Cuántos meses o años han pasado desde que sintió dolor por primera vez en la zona de la sien? [] Años [] Meses

7. En los últimos 30 días, cuáles de las siguientes actividades han modificado el dolor en el área de la sien.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Comer alimentos duros
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Abrir la boca o mover la mandíbula hacia delante o los lados
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hábitos como mantener los dientes, juntos, apretar/rechinar los dientes o masticar chicle
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Otras actividades como hablar, besar o bostezar

RUIDOS ARTICULARES

8. En los últimos 30 días, ha sentido ruido en su articulación cuando ha movido o usado su mandíbula. Sí No D I DNK

BLOQUEO CERRADO DE LA MANDÍBULA

9. Alguna vez su mandíbula se ha bloqueado o atascado, aunque solo sea por un momento, de manera que no ha podido abrir la boca completamente. Sí No D I DNK

• Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 13

10. ¿Cuándo su mandíbula se bloquea o atasca es lo suficientemente grave como para limitar su apertura bucal e interferir en su capacidad para comer?					
	SI	No	D	I	DNK
11. En los últimos 30 días, ¿su mandíbula se ha bloqueado no dejándole abrir completamente, aunque solo sea por un momento y después se ha desbloqueado permitiéndole abrir con normalidad?					
	SI	No	D	I	DNK
• Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 13					
12. Actualmente, ¿su mandíbula se encuentra bloqueada o atascada impidiendo abrir la boca completamente?					
	SI	No	D	I	DNK
BLOQUEO ABIERTO DE LA MANDÍBULA					
13. En los últimos 30 días, ¿cuándo ha abierto ampliamente la boca se ha bloqueado sin poder cerrar desde esa posición de apertura máxima?					
	SI	No	D	I	DNK
• Si la respuesta es NO, ya ha terminado					
14. En los últimos 30 días, ¿cuándo su boca se ha quedado completamente abierta, ha hecho algo para intentar cerrarla como descansar, mover la mandíbula, empujar o maniobrar?					
	SI	No	D	I	DNK

Plantilla de Examinación DC/TMD		Fecha (dd-mm-aaaa)																																																																																																																																					
Paciente _____	Examinador: _____	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																																																																																																																					
1a. Localización del Dolor en los últimos 30 días (Marcar todas las opciones que correspondan)																																																																																																																																							
DOLOR EN EL LADO DERECHO		DOLOR EN EL LADO IZQUIERDO																																																																																																																																					
<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Masetero <input type="radio"/> ATM	<input type="radio"/> Otros mús. mast. <input type="radio"/> Estructuras no masticatorias	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Masetero <input type="radio"/> ATM																																																																																																																																					
<input type="radio"/> Otros mús. mast. <input type="radio"/> Estructuras no masticatorias		<input type="radio"/> Otros mús. mast. <input type="radio"/> Estructuras no masticatorias																																																																																																																																					
1b. Localización de la Cefalea (Marcar todas las opciones que correspondan)																																																																																																																																							
<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Otra	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Temporal <input type="radio"/> Otro																																																																																																																																						
2. Relaciones Iniciales * Diente de Referencia <input type="radio"/> FDI #11 <input type="radio"/> FDI #21 <input type="radio"/> Otro _____																																																																																																																																							
Resalte (overjet)	<input type="radio"/> Si es negativo <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Sobramonida (overbite) <input type="radio"/> Si es negativo <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm																																																																																																																																					
		Desviación de línea media <input type="radio"/> Der <input type="radio"/> Iz <input type="radio"/> N/A <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm																																																																																																																																					
3. Patrón de Apertura (Marcar todas las que correspondan)																																																																																																																																							
<input type="radio"/> Ofracto	<input type="radio"/> Desviación corregida	<input type="radio"/> Desviación no corregida <input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Izquierda																																																																																																																																					
4. Movimientos de Apertura																																																																																																																																							
A. Apertura sin dolor <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">LADO DERECHO</th> <th colspan="3">LADO IZQUIERDO</th> </tr> <tr> <th>Dolor</th> <th>Dolor familiar</th> <th>Cefalea familiar</th> <th>Dolor</th> <th>Dolor familiar</th> <th>Cefalea familiar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B. Apertura máxima no asistida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>C. Apertura Máxima asistida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>D. Intermpeido? <input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>				LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO			Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	B. Apertura máxima no asistida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	C. Apertura Máxima asistida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	D. Intermpeido? <input type="radio"/> <input type="radio"/>																																							
	LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO																																																																																																																																			
	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar																																																																																																																																	
B. Apertura máxima no asistida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
C. Apertura Máxima asistida <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
D. Intermpeido? <input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																							
5. Movimientos de Lateralidad y Protrusiva																																																																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">LADO DERECHO</th> <th colspan="3">LADO IZQUIERDO</th> </tr> <tr> <th>Dolor</th> <th>Dolor familiar</th> <th>Cefalea familiar</th> <th>Dolor</th> <th>Dolor familiar</th> <th>Cefalea familiar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Lateralidad derecha <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>B. Lateralidad izquierda <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>C. Protrusiva <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm</td> <td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td>Temporal</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Masetero</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>ATM</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>Otros mús. mast.</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> <td>No masticatorio</td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td><td><input type="radio"/> <input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>				LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO			Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	A. Lateralidad derecha <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	B. Lateralidad izquierda <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	C. Protrusiva <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO																																																																																																																																			
	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar																																																																																																																																	
A. Lateralidad derecha <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
B. Lateralidad izquierda <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
C. Protrusiva <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> mm	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Temporal	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Masetero	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	ATM	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Otros mús. mast.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	No masticatorio	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>																																																																																																																																
<input type="radio"/> Si es negativo																																																																																																																																							

6. Ruidos de ATM durante Movimientos de Apertura y Cierre

ATM DERECHA					ATM IZQUIERDA						
	Examinador		Paciente	Click doloroso	Dolor familiar		Examinador		Paciente	Click doloroso	Dolor familiar
	Apertura	Cierre				Apertura	Cierre				
Click	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0
Crepitación	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0

7. Ruidos de ATM durante movimientos de Lateralidad y Protrusión

ATM DERECHA					ATM IZQUIERDA				
	Examinador	Paciente	Click doloroso	Dolor familiar		Examinador	Paciente	Click doloroso	Dolor familiar
Click	0/0	0/0	0/0	0/0	Click	0/0	0/0	0/0	0/0
Crepitación	0/0	0/0	0/0	0/0	Crepitación	0/0	0/0	0/0	0/0

8. Bloqueo Mandibular

ATM DERECHA					ATM IZQUIERDA				
	Bloqueo		Reducción			Bloqueo		Reducción	
	Durante la apertura	En apertura máxima	Paciente	Examinador	Durante la apertura	En apertura máxima	Paciente	Examinador	
	0/0	0/0	0/0	0/0		0/0	0/0	0/0	

9. Palpación muscular / Dolor en ATM a la palpación

LADO DERECHO					LADO IZQUIERDO				
(1 kg)	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	Dolor referido	(1 kg)	Dolor	Dolor familiar	Cefalea familiar	Dolor referido
Temporal (posterior)	0/0	0/0	0/0	0/0	Temporal (posterior)	0/0	0/0	0/0	0/0
Temporal (medio)	0/0	0/0	0/0	0/0	Temporal (medio)	0/0	0/0	0/0	0/0
Temporal (anterior)	0/0	0/0	0/0	0/0	Temporal (anterior)	0/0	0/0	0/0	0/0
Masetero (origen)	0/0	0/0		0/0	Masetero (origen)	0/0	0/0		0/0
Masetero (cuerpo)	0/0	0/0		0/0	Masetero (cuerpo)	0/0	0/0		0/0
Masetero (inserción)	0/0	0/0		0/0	Masetero (inserción)	0/0	0/0		0/0
ATM					ATM				
Polo lateral (0.5 kg)	0/0	0/0	0/0	0/0	Polo lateral (0.5 kg)	0/0	0/0	0/0	0/0
Alrededor del polo lateral (1 kg)	0/0	0/0	0/0	0/0	Alrededor del polo lateral (1 kg)	0/0	0/0	0/0	0/0

10. Dolor muscular a la Palpación complementaria

LADO DERECHO				LADO IZQUIERDO			
(0.5 kg)	Dolor	Dolor familiar	Dolor referido	(0.5 kg)	Dolor	Dolor familiar	Dolor referido
Zona posterior de la mandíbula	0/0	0/0	0/0	Zona posterior de la mandíbula	0/0	0/0	0/0
Región submandibular	0/0	0/0	0/0	Región submandibular	0/0	0/0	0/0
Pterigoideo lateral	0/0	0/0	0/0	Pterigoideo lateral	0/0	0/0	0/0
Tendón del temporal	0/0	0/0	0/0	Tendón del temporal	0/0	0/0	0/0

11. Comentarios: