

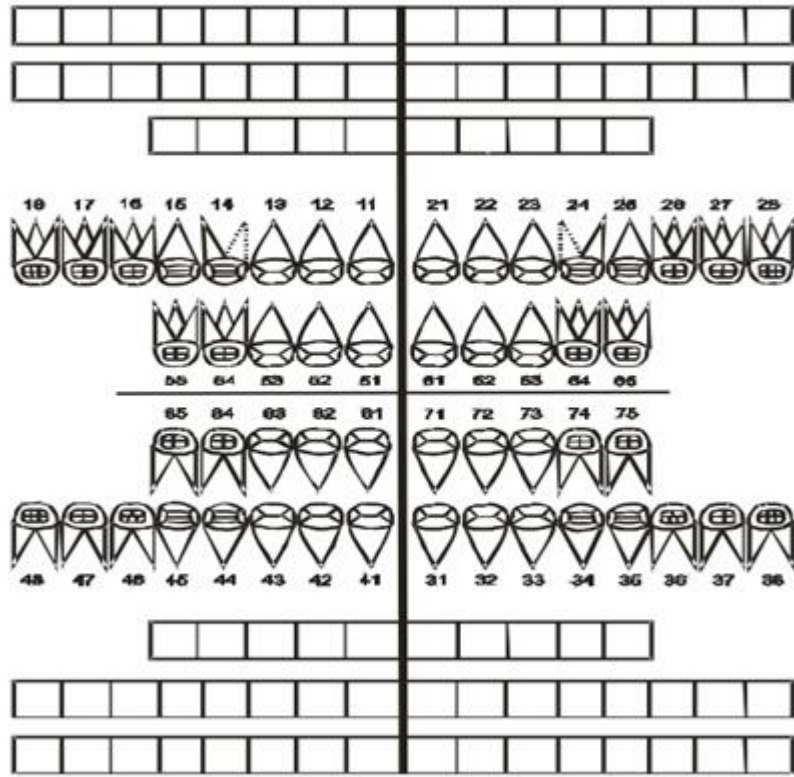


FICHA ESTOMATOGRÁFICA

FORM. INSCRIPCIÓN N°: _____

<u>APELLIDO/S Y NOMBRE/S</u>	<u>FECH. NAC</u>	<u>EDAD</u>	<u>DNI N°</u>
<u>DOMICILIO</u>	<u>N°</u>	<u>BARRIO</u>	<u>LOCALIDAD</u>
<u>APELLIDO/S Y NOMBRE/S PADRE</u>	<u>FECH. NAC</u>	<u>EDAD</u>	<u>DNI N°</u>
<u>APELLIDO/S Y NOMBRE/S MADRE</u>	<u>FECH. NAC</u>	<u>BARRIO</u>	<u>DNI N°</u>

ODONTOGRAMA



Cantidad de elementos presentes: _____ a la fecha ____/____/____

ESPECIFICACIONES (Explicar, determinar, aclarar con individualidad los hallazgos que no pueden ser registrados gráficamente):

.....
.....
.....

En los recuadros correspondientes a las piezas dentarias en donde se especifique el tipo de tratamiento se registrará las siglas en **color azul cuando el tratamiento se encuentra en buen estado** y en **color rojo cuando se encuentra en mal estado**. Asimismo, los tratamientos temporales se registrarán de color rojo.

Observaciones	Sello Profesional	Firma y Aclaración
Sr/a. Profesional, efectúe sus anotaciones con claridad y letra de molde. Debe llenar todos los cuadros indicando la particularidad de cada elemento, restauraciones o ausencias, marcar altura de encías, presencia de implantes y/o endodoncias. Lo consignado reviste carácter de documento y se ajusta a lo dispuesto por la Ley 26.812.		

Apellido y Nombre del aspirante:

DNI n°:

EXAMEN ODONTOLÓGICO

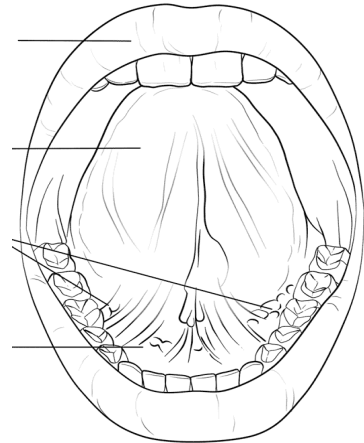
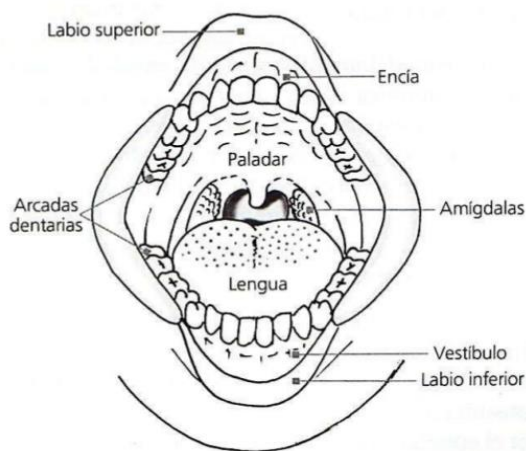
FICHA ODONTOLÓGICA COMPLEMENTARIA

FORM. INSCRIPCIÓN N°: _____

EXAMEN EXTRAORAL

PERFIL	Cóncavo	Recto	Convexo
TONO MUSCULAR	Normal	Tenso	Flácido
COMISURA	Normal	Ulcerada ...	Presionada
ATM	Dolor articular	Sí	No
	Apertura	Sí	No
	Cierre	Sí	No
Desviación mandibular	Céntrica.....	Derecha....	Izquierda.....

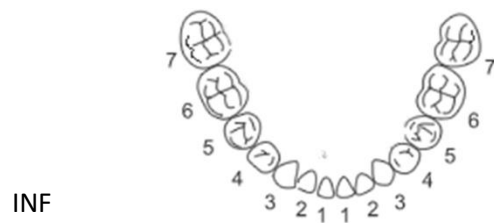
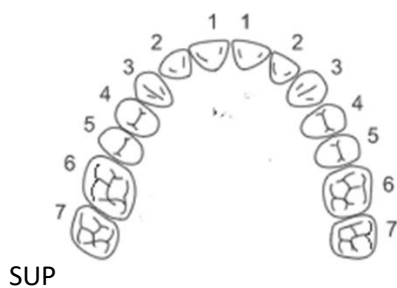
EXAMEN INTRAORAL



TEJIDOS BLANDOS:

MUCOSA	
PALADAR DURO	
PALADAR BLANDO	
LENGUA	
PISO DE BOCA	
ENCIAS	

DIAGRAMA DE PROTESIS REMOVIBLE:



OBSERVACIÓN:

CONCLUSIÓN EXAMEN ODONTOLÓGICO

ESTUDIO	NORMAL	PATOLÓGICO	OBSERVACIONES
EXAMEN ODONTOLÓGICO			
ODONTOGRAMA			
EXAMEN TEJIDOS BLANDOS			
EXAMEN TEJIDOS DUROS			
EXAMEN GINGIVO PERIODONTAL			
ARTICULACIÓN TEMPORO MAXILAR			
OTROS			

A partir de la evaluación se considera que el Aspirante se encuentra: APTO NO APTO

SAN MIGUEL DE TUCUMÁN, ____/____/____

Lugar y fecha

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre del aspirante:

DNI n°: