

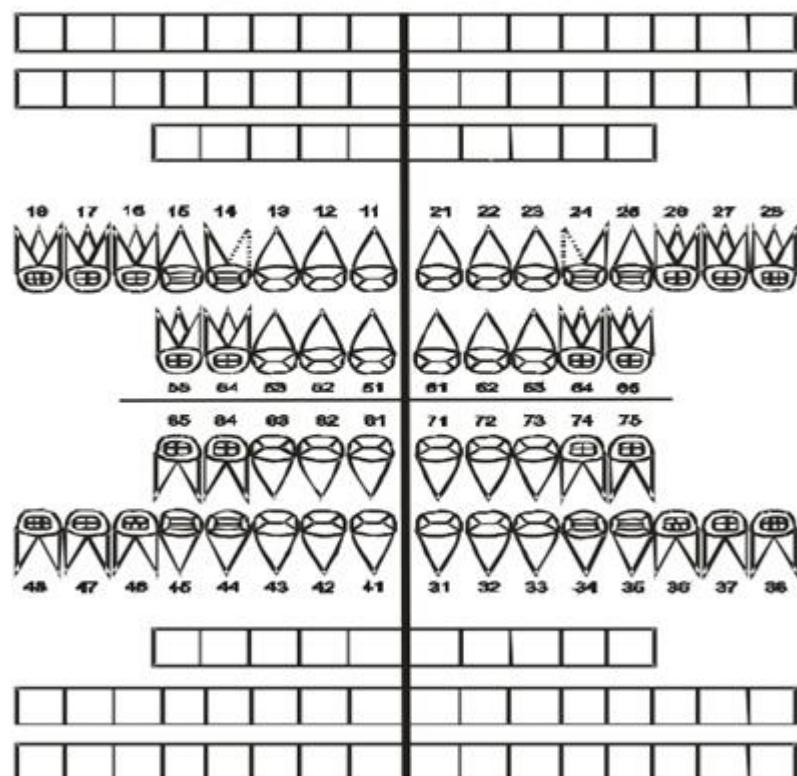


POLICIA DE TUCUMÁN

FICHA ESTOMATOGNÁTICA

DECRETO N°: _____	FORM. INSCRIPCIÓN N°: _____		
<u>APELLIDO Y NOMBRE ASPIRANTE:</u>	<u>FECH. NAC:</u>	<u>DNI N°</u>	<u>EDAD:</u>
<u>DOMICILIO:</u> CALLE, N° PUERTA, BARRIO, LOCALIDAD			
<u>APELLIDO Y NOMBRE PADRE:</u>	<u>FECH. NAC</u>	<u>DNI N°</u>	<u>EDAD:</u>
<u>DOMICILIO:</u> CALLE, N° PUERTA, BARRIO, LOCALIDAD			
<u>APELLIDO Y NOMBRE MADRE:</u>	<u>FECH. NAC</u>	<u>DNI N°</u>	<u>EDAD:</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
<p>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.</p>		

Apellido y Nombre del aspirante:

DNI n°:



FICHA ODONTOLOGICA COMPLEMENTARIA

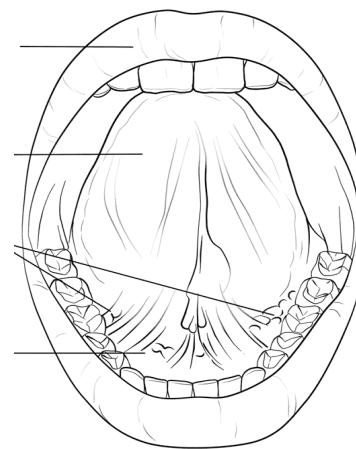
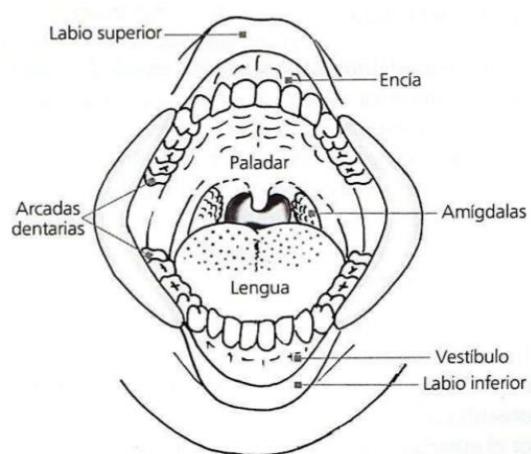
DECRETO N°: _____

FORM. INSCRIPCIÓN N°: _____

EXAMEN EXTRAORAL

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

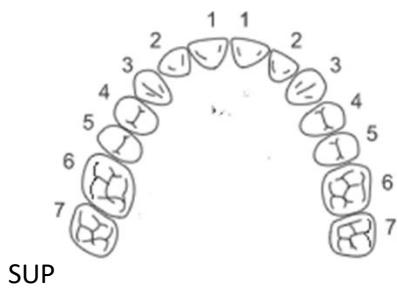
EXAMEN INTRAORAL



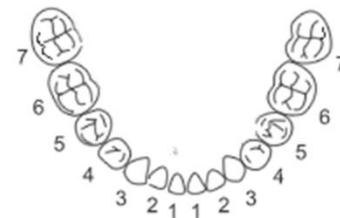
TEJIDOS BLANDOS:

MUCOSA	_____
PALADAR DURO	_____
PALADAR BLANDO	_____
LENGUA	_____
PISO DE BOCA	_____
ENCIAS	_____

DIAGRAMA DE PROTESIS REMOVIBLE:



INF



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°: