



POLICÍA DE TUCUMÁN

FICHA ESTOMATOGNÁTICA

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

ODONTOGRAMA

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

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.		



FICHA ODONTOLÓGICA COMPLEMENTARIA

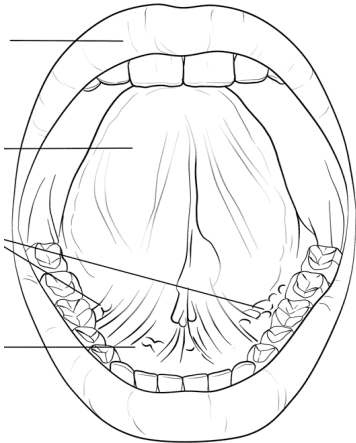
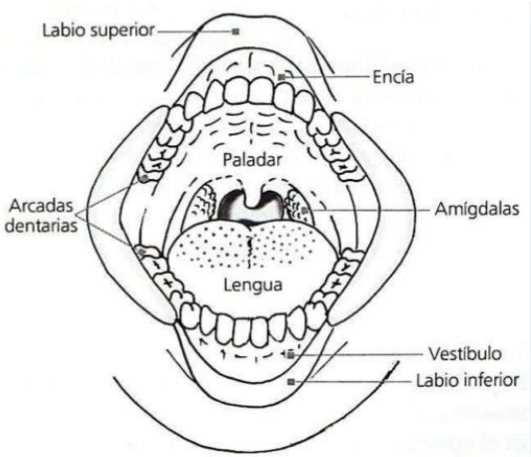
DECRETO N°: \_\_\_\_\_

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.....

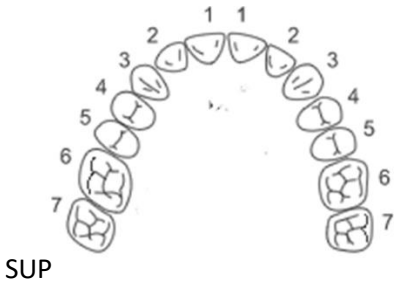
EXAMEN INTRAORAL



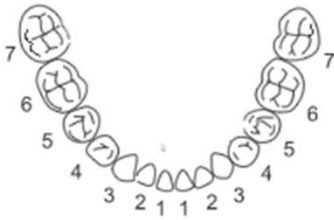
TEJIDOS BLANDOS:

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°: .....