

Ficha odontológica.

(a completar por odontólogo, solamente en caso de derivación)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Dientes superior								Dientes inferior							
55 54 53 52 51								41 42 43 44 45							
85 84 83 82 81								31 32 33 34 35							
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38



Caries



Prótesis fija



Extracción indicada



Prótesis removible



Extracción realizada a diente ausente SI NO



Restauración



Ortodoncia



Corona



Ortopedia

Azul: Tratamiento realizado

Rojo: Tratamiento a realizar

Examen Clínico

1. Tejidos

Blandos: _____

2. Tejidos

Duros: _____

3. Ortodoncia: _____

4. Ortopedia: _____

Traumatismo

dentario: _____

Estudios complementarios

1. Radiografía panorámica informe del radiólogo:

Medidas preventivas

1. Hábitos higiénicos (quit higiene dental): _____

2. Protector

bucal: _____

Índice:

1. C.P.O

Observaciones: _____

Firma y sello del odontólogo