



Odontología Personalizada S.A.

FICHA PERIODONTAL

PACIENTE		Nº de socio	Nº de O.S.	Número del carnet	Parentesco
Apellido		Nombres			
Domicilio, Calle		Nº	Piso	Dpto	C.P.
Localidad		Teléfono		Fecha de Nacimiento	
ODONTOLOGO		Nº de Matrícula Nacional			
Apellido		Nombres			

Diente	18		17		16		15		14		13		12		11		21		22		23		24		25		26		27		28			
	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D		
Prof. Bolsa																																		
Movilidad																																		
Hemorragia en este cuadrante												SI	NO		Hemorragia en este cuadrante												SI	NO						
DERECHA																IZQUIERDA																		
Hemorragia en este cuadrante												SI	NO		Hemorragia en este cuadrante												SI	NO						
Movilidad																																		
Prof. Bolsa																																		
Diente	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
	48		47		46		45		44		43		42		41		31		32		33		34		35		36		37		38			

DIAGNOSTICO: Marque lo que corresponda

GINGIVITIS

ENFERMEDAD PERIODONTAL UNA ARCADA DOS ARCADAS

PRONOSTICO BUENO REGULAR MALO

PLAN DE TRATAMIENTO:

AUTORIZADO en OPSA el: ____ / ____ / ____

ARCADA 1 Cantidad de dientes _____

ARCADA 2 Cantidad de dientes _____

ARCADA 3 Cantidad de dientes _____

ARCADA 4 Cantidad de dientes _____

Firma y Sello del Profesional

Firma y Sello del Auditor