



# FORMULARIO DE PREVENCIÓN

*Odontología*  
*Personalizada*  
SOCIEDAD ANÓNIMA

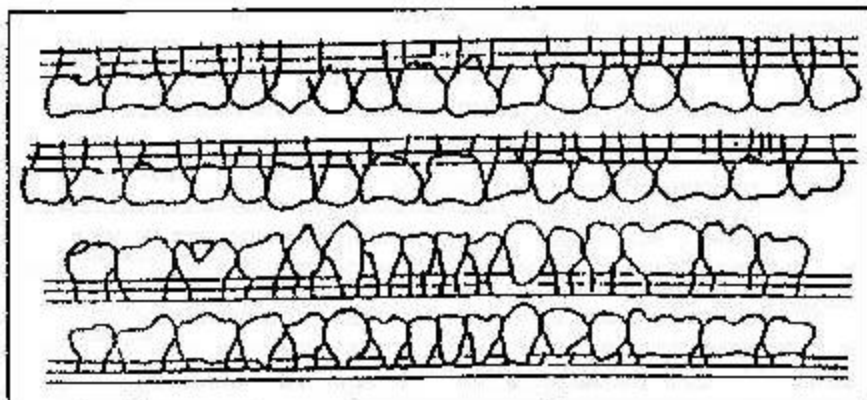
Apellido y Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ N° de afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_ N° Mat.Nac.: \_\_\_\_\_

## DIAGNOSTICO DE PLACA CON SUSTANCIA REVELADORA (COD. 05.04)



Marcar en rojo superficies dentada

Indice de Placa de SILNESS Y LOE

Al iniciar el tratamiento (marcar con X)

1	2	3	4
---	---	---	---

Al finalizar el tratamiento (marcar con X)

1	2	3	4
---	---	---	---

## ANTECEDENTES DE HIGIENE BUCAL Y DIETA (COD. 05.04)

Marcar con X

Tipo de cepillo: blanco  duro  semiduro  grande  pequeño

Tipo de dentífrico: común  con fluoruro  con otros antisépticos

Frecuencia de cepillado: no  1 vez  2 veces  3 veces  más de 3 veces

Tipo de cepillado: con técnica  sin técnica

Oportunidad: desayuno  Ant.  Desp.  almuerzo  Ant.  Desp.  merienda  Ant.  Desp.  cena  Ant.  Desp.

Utiliza elementos interdenterios: si  no  cuales? \_\_\_\_\_

Ingiere azúcares? Desayuno  Almuerzo  Merienda  Cena  Entre comidas

Código 05.05

Marcar las piezas a sellar

13	17	18	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
43	47	48	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

ADJUNTAR A LA FICHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESIONAL