FICHA ODONTOLÓGICA

													Г			
Г)FPART	MEN	ITO O S	SOCIAL			FE	CHA					1	Nº AF	IL.	
DEPARTAMENTO O. SOC AFILIADO:						C					ARNET № FICHA №					
						PACIEN	ITE		_				-		i .	
DOMICILIO:						TEL.					EDAD		Nº Dientes Existentes			
ODONTOLOGO:						MICILIO				MAT №						
1 D	3 7 6 5				4 5		8	v 25 I	5		3 2			2	3	6
4 V 8	3 7 6 5	4 3	1	1 1 2 3	4 5	6 7	8	38 v	5	4	3 2	1		2	3	7 7 5
Diente Nº Cara	CÓDIGO	Diente Nº Ca	ra CÓDIGO	Diente No Cara	CÓDIGO	Diente Nº	Cara	CÓD	IGO	Diente Nº	Cara	CÓD	IGO	Diente Nº	Cara	CÓDIGO
											T.					
										-						
Marcar e	en rojo tratai	miento	anterior y e	n azul tratar	niento a ı	realizar		TOTA	71 HC	ONO	RARI	OS				1
*************			\$			***************************************	-	10,7		,,,,	i izai ii	00				
FIF	RMA PACIE	NTE	Ψ				_	SE	LLO	Y FI	RMA	PRO	FESI	IANC	_	
				Descrip		•		•				alías,	mal	fori	mac	iones y
PROTESIS todo de					talle qu	e hag	a a	la id	entif	icac	ión					
		Q>	\ \											,	• • • • • • •	
		~	2													
2	\supset		Ž				•••••					•••••				
1) Las con					coronas	nas con frente estético se reconocen en todas las piezas										
					con radiografías pre y post tratamiento 2) Los pernos muñones se reconocen con radiografías pre y post											
өсро	Der	tratamientos y deben cumplir con los requisitos técnicos sabidos por el profesional.														
		3) Los tornillos o similares no se reconocen como pernos.4) Las incrustaciones metálicas o plásticas requieren radiografías														
(9	,	\Diamond	pre y post tratamiento, aclarando caras que abarcan. 5) Las Rx quedarán indefectiblemente en el D.S.S. y no podrán ser												
	Sm	\sim	7		das o d			וסטנוג	וווטונ	BIILE	CII	σ ι D.	J.J.	уп	o pc	Julan Ser

anterior y en azul la a realizar

PROTESIS: Diseñar sobre el Odontograma la prótesis a realizar

Marcar en rojo la prótesis

FECHA:/		FIRMA	CONTROL

6) Los tratamientos de conducto se reconocen con radiografías (3).