

--	--	--	--	--

Apellido/s y Nombre/s ..... N° Afiliado .....

F. Nac. .... / ..... / ..... Domicilio ..... Localidad .....

Afiliado Titular ..... Dependencia .....

Odontólogo Interviniente ..... Matrícula .....

Lugar y fecha ..... / ..... / .....

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28		
1																			2
4																			3
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38		
5	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	6								
8	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75	7								

**PIEZAS EXISTENTES**

--	--

**INDICACIONES COMPLEMENTARIAS**

- 1º) Marcar con lápiz rojo, por cara, lasuperficie obturada anteriormente; si es compuesta, llenar las superficies comprometidas.
- 2º) Marcar sobre el diagrama en color rojo con la nomenclatura del código, las coronas, prótesis, pivot, incrustaciones y puentes existentes al momento de llenar esta ficha.
- 3º) Indicar la cantidad de dientes y molares existentes al confeccionarse la ficha.
- 4º) Caries curables, marcar con lápiz azul las superficies afectadas de caries; si se tratare de caries que abarcan mas de una superficie llenar la parte comprometida.

El profesional que suscribe, certifica que en la fecha señalada ha confeccionado esta ficha, registrando el estado real de la boca del paciente al momento del exámen.

**REFERENCIAS**

- = No erupcionado
- O.S.** Obturaciones simples
- O.C.** Obturaciones compuestas
- P.C.** Parodontosis conservada
- T.C.** Tratamiento de conducto
- P.E.** Para extraer
- E.** Extraído
- I.** Incrustación
- I.P.** Implante
- C.P.L.** Corona de porcelana
- C.A.** Corona de acero
- C.P.** Corona provisoria
- C. AL.** Corona de aleación
- P.** Pivot o Perno
- T.P.** Tramo de puente
- C.R.** Diente reemplazado por prótesis movable

.....  
Firma del afiliado

.....  
Firma del odontólogo

**LAPIZ ROJO: Tratamiento anterior.**  
**LAPIZ AZUL: Afecciones.**