



OBRA SOCIAL UNIVERSITARIA
 Av. VALPARAÍSO S/N* - CIUDAD UNIVERSITARIA
 TEL. 433-4095 /96-97-98-99
 5000 CÓRDOBA

AFILIADO N* :

H. C. N* :

FECHA : / /

FICHA ESTOMATOLOGICA

APELLIDO : NOMBRES :

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO : / /

NACIONALIDAD : SEXO M F ESTADO CIVIL :

D.N.I. : DOMICILIO : TEL :

DERIVADO POR : ATENDIDO POR :

I) ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

A) Motivo de la consulta :

B) Tiempo de aparición :

C) Tratamiento realizados :

D) Evolución :

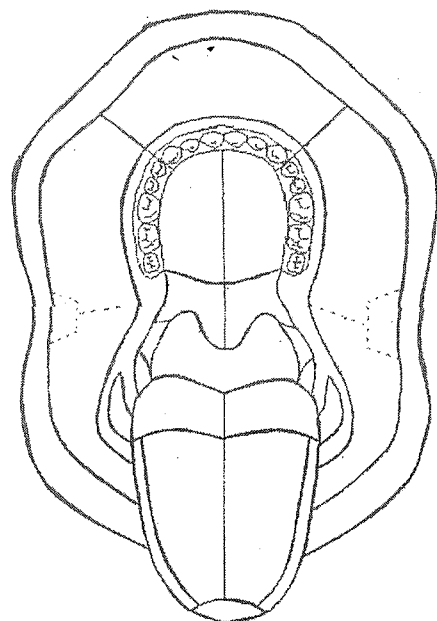
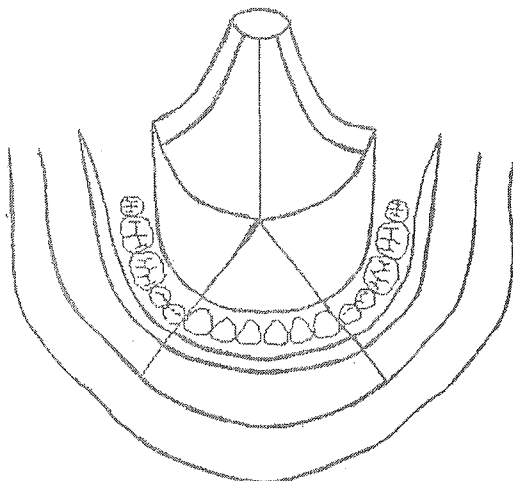
II) ANTECEDENTES PERSONALES:

III) ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

III) EXAMEN ESTOMATOLOGICO / ESTADO ACTUAL:

A) Descripción detallada de las lesiones :

B) Esquema de localización de las lesiones:



DIAGNOSTICO PRESUNTIVO :

DIAGNOSTICO DEFINITIVO :

PLAN DE TRATAMIENTO :