FEEDERS OF STREET, STR											
5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO	DESCRIBIR LA PATOLOGIA DE LA REGION AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO										
1. LABIOS 2. MEJILLAS 3. MAXILAR 4. MAXILAR SUPERIOR INFERIOR	5. LENGUA 6. PALADAR 7. PISO 8. CARRILLOS										
9. GLANDULAS 40. CROSARNOS 44. A T.M. 40. CANOLICO											
SALIVALES 10. CROPARINGE 11. A I M 12. GANGLIUS											
<u> </u>											
6 ODONTOGRAMA											
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28										
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65										
	(X) (X) (X) (X)										
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75										
6 6 6 6 6	6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6 6										
00000	00000										
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38										
SIMBOLOGIA DEL ODONTO GRAMA											
Caries O Restaurac. / Retos radic. F Corona	a C Prótesis remov. 😢 Prótesis total 🖂										
Sellante * Estracción X Ausente A Trat. e	ndodon. I Prótesis fiia. 0-0										
Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos o	dontológicos realizados										
7 INDICADORES DE SALLID BLICAL	CARIES										
7 INDICADORES DE SALUD BUCAL											
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA PLACA CALCULO GINGIVITIS ENF. PERIODONTAL	MALOCLUSION FLUOROSIS C P O TOTAL										
PIEZAS 0-1-2-3-9 0-1-2-3 0-1 LEVE	ANGLE1 LEVE										
16 17 55 MODERADA	ANGLEII MODERADA d C e O TOTAL										
11 21 51 SEVERA	ANGLE III SEVERA										
26 27 65											
36 37 75											
31 41 71											
46 47 85 TOTALES											
TOTALES											
9 PLAN DIAGNOSTICO	ESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NUMERO, SI APLICA										
2 OHMCA	EGGRADIS ADAGO ANO INNOG EL NOINENO, SI APEIOA										
1. BIOMETRIA 2. GUINICA 3. RAYOS-X 4. OTRO											
CIT- CLACIFICACION INTERNACIONAL DE ENEEDMEDADES	ESCRIBIR ABAJO										
CIE= CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO FOM= FOMENTO  CIE PRE DEF FOM											
1											
2											
3											
4											
11 PLAN DE TRATAMIENTO	ESCRIBIR ABAJO LA CAUSA Y DETALLES DE LA ACTIVIDAD SENALADA										
	INTERNACION CONSULTA DIAS DE INCAPACIDAD CONSULTA EXTERNA										
1	OPICACION SELLANTES REFERENCIA SERVICIO										
2											
3											
3											
	CODICO										
3	CODIGO										

12 NOTAS DE EVOLUCION	ANOTAR: NUMERO DE SESION, FECHA, ANAMNESIS, EXAMEN DENTAL, RESULTADO DE EXAMENES, ANALISIS, DIAGNOSTICO, PLAN DE TRATAMIENTO, FIRMAS

9 PLAN DIAGNOSTICO DESCRBIRABAJO ANOTANDO EL NUMERO, SI APLICA																			
1	BIOMETRIA	2. QUMCA SANGUNEA		3. RAYOS	3. RAYOS-X 4. OTRO														
										•									
10	DIAGNO	STICOS								DESCRIBI	RABA	NO.							
	CIE•CL	ASFICACIONINTERNA PRESUNTVO DEF-	CIONAL DE E	NFERMEDA	DES	CIE	PRE	DEF	FOM										
1	1	PRESENTED DEPT	DEFINITIO I	CRE-PON	THE CO				Г										
					$\neg$														
2					$\neg$														
4																			
11	PLAN D	ETRATAMIEN	то							DESCRIBI	RABA	A) O LA CALI	BAY	DETALLES DE L	A ACTIVIDA	DSB	NALADA		
Nº	MEDICA	MENTO GENÉRICO	CONCEN TRACION	PRESEN TACION	VIA	DOSS	FREC	U c	XAS	INTER CONSULTA		PROCEDI MENTO		NTERNACION	CONSULTA EXTERNA		DIAS DE INCAPACIDAD		
1								Т		TOPICACION PL UDR		SELLANTES		REF ERRINGA	SERVICIO	Г			
2 3																			
3																			
4																			
FECHA PROX. DON FERM.												IDS/A							
FECHA MIXIX 2230N  FIRMA  ODDN TOLOGO  ANOTAR: NUMERO DE SESION, FECHA, ANAMINESIS, EXAMEN DENTAL, RESULTADO DE EXAMEN												MENEO							
12	NOTAS	DE EVOLUCIO	ON				A	NALIS	IS, D	IAGNOSTIC	O, PL	AN DE TRAT	AMIE	NTO, FIRMAS	I DENIME,	E OLL	. IADO DE EXA	WIEDVES,	
L																			
L																			
L																			
┝																			
⊢																			
⊢																			
⊢																			
⊢																			
⊢																			
⊢																			
⊢																			
⊢																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			
⊢																			
$\vdash$																			
⊢																			
$\vdash$																			
⊢																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			
$\vdash$																			