

5 EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO												DESCRIBIR LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NÚMERO											
1. LABIOS		2. MEJILLAS		3. MAXILAR SUPERIOR		4. MAXILAR INFERIOR		5. LENGUA		6. PALADAR		7. PISO		8. CARRILLOS									
9. GLÁNDULAS SALIVALES		10. OROFARINGE		11. A.T.M.		12. GANGLIOS																	

6 ODONTOGRAMA																											
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28												
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38												
SIMBOLOGÍA DEL ODONTOGRAMA Caries Restaurac. / Retos radic. F Corona C Prótesis remov. Prótesis total Sellante * Estracción X Ausente A Trat. endodon. I Prótesis fija. 0-0 Usar color ROJO para Patología actual AZUL para tratamientos odontológicos realizados																											

7 INDICADORES DE SALUD BUCAL												CARIES				
HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA																
				PLACA	CÁLCULO	GINGIVITIS	ENF. PERIODONTAL		MALOCCLUSIÓN		FLUOROSIS					
PIEZAS				0-1-2-3-9	0-1-2-3	0-1										
16	17	55					LEVE		ANGLE I		LEVE		D C P O TOTAL d c e o TOTAL			
11	21	51					MODERADA		ANGLE II		MODERADA					
26	27	65					SEVERA		ANGLE III		SEVERA					
36	37	75														
31	41	71														
46	47	85														
TOTALES																

9 PLAN DIAGNOSTICO					DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO, SI APLICA					
1. BIOMETRIA		2. QUÍMICA SANGÜINEA		3. RAYOS-X		4. OTRO				

10 DIAGNOSTICOS						DESCRIBIR ABAJO					
CIE= CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO FOM= FOMENTO						CIE	PRE	DEF	FOM		
1											
2											
3											
4											

11 PLAN DE TRATAMIENTO												DESCRIBIR ABAJO LA CAUSA Y DETALLES DE LA ACTIVIDAD SENALADA					
Nº	MEDICAMENTO	GENÉRICO	CONCENTRACION	PRESENTACION	VIA	DOSES	FRECUENCIA	DÍAS	INTERCONSULTA	PROCEDIMIENTO	INTERVENCIÓN	CONSULTA EXTERNA	DÍAS DE INCAPACIDAD				
1									TOPICACIÓN FLUOR	SELLANTES	REFERENCIA	SERVICIO					
2																	
3																	
4																	

CODIGO										
FECHA PROX. SESION				ODONTÓLOGO		FIRMA				

12 NOTAS DE EVOLUCION

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

[illegible]

