



FICHA DE USO ODONTOLÓGICO

<input type="radio"/> DIBA <input type="radio"/> IOSE <input type="radio"/> DIBPFA	Nombre y Apellido del Afiliado:	Fecha		
		Día	Mes	Año
	DNI o Número de Afiliado:	Edad:		
Domicilio del Afiliado:		Tel:		

Nombre del Prestador:

Código del Prestador:

FECHA	CÓDIGO DE NOMENC.	PIEZA DENTAL N°	CARAS	DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA EFECTUADA	FIRMA CONFORME	IMPORTE

ODONTOGRAMA

Llenar con ROJO las prestaciones existentes, con AZUL las requeridas.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

TOTAL

INSTRUCCIONES / OBSERVACIONES

TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS

Movilidad

Movilidad

FICHADO PERIODONTAL

- Dibujar profundidad de bolsas s/sondaje
 - Indicar movilidad:
- 1= leve
2= moderada
3= extrema

ORTODONCIA

- Tipo de aparatología
- Fecha de iniciación
- Tiempo estimado de finalización

OBSERVACIONES: Señor Profesional, efectúe sus anotaciones con claridad. Se asentará una sola práctica por cada renglón, colocando la nomenclatura correspondiente según Normativa Odontológica vigente. **No corresponde abonar plus ni cosegueros** pero se debe exigir la credencial actualizada del paciente y su documentación.

Firma del Profesional