

## HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

APELLIDOS											
NOMBRES											
NÚMERO DE DOCUMENTO						EDAD			SI ES EXTRANJERO, PAIS		
SEXO: <b>MASCULINO</b>		<b>FEMENINO</b>		FECHA DE NACIMIENTO: <b>DÍA</b>		<b>MES</b>		<b>AÑO</b>			
MAIL						CELULAR					

### DATOS DE DOMICILIO

CALLE										NÚMERO	
PISO		DEPTO.		LOCALIDAD							
ESTABLECIMIENTO											
OBRA SOCIAL											

DERECHA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	IZQUIERDA
	<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"/>	
	<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"/>	
	<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"/>							
	<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							

### REFERENCIAS

**Azul** Prestaciones a realizar

**Rojo** Prestaciones realizadas

**X (azul)** Pieza no erupcionada

**X (roja)** Pieza ausente

**= (azul)** Extracción

Prótesis Fija

Prótesis Removible

Corona

### ÍNDICE

C	P	O	CPOD
<b>c</b>	<b>e</b>	<b>o</b>	<b>ceod</b>

TEJIDOS BLANDOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente autorizo al profesional actuante a realizar los tratamientos, como así también tomar fotografías e imágenes. Entiendo y he sido informado sobre los propósitos del tratamiento y posibles complicaciones y/o riesgos, aceptando asimismo su realización. Autorizo la utilización de datos epidemiológicos (índice).

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN

.....  
DNI

FECHA	PRESTACIONES	PIEZA, SECTOR O CUADRANTE	OBSERVACIONES	FIRMA Y SELLO

**POBLACIÓN**

EMBARAZO 1RA CONSULTA	<b>C</b>		<b>P</b>		<b>O</b>	<b>CPOD</b>	
EMBARAZO FINAL	<b>C</b>		<b>P</b>		<b>O</b>	<b>CPOD</b>	
6 AÑOS	<b>C</b>		<b>P</b>		<b>O</b>	<b>CPOD</b>	
12 AÑOS	<b>C</b>		<b>P</b>		<b>O</b>	<b>CPOD</b>	
MUJERES DE 20 A 64 AÑOS	<b>C</b>		<b>P</b>		<b>O</b>	<b>CPOD</b>	
6 AÑOS	<b>c</b>		<b>e</b>		<b>o</b>	<b>ceod</b>	
12 AÑOS	<b>c</b>		<b>e</b>		<b>o</b>	<b>ceod</b>	

<b>EMBARAZADA</b>	CONSULTA ODONTOLÓGICA PRENATAL - PROFILAXIS	CT C010 W78
	CONTROL ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DE GINGIVITIS Y ENF. PERIODONTAL LEVE	CT C010 D61
	INACTIVACIÓN DE CARIES	PR P026 W78
	TARTRECTOMIA Y CEPILLADO MECÁNICO	PR P033 W78
<b>NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS</b>	CONSULTA BUCODENTAL EN SALUD EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS	CT C010 A97
	INACTIVACIÓN DE CARIES	PR P026 D60
<b>NIÑOS DE 6 A 9 AÑOS</b>	CONTROL ODONTOLÓGICO	CT C010 A97
	BARNIZ FLUORADO DE SURCOS	PR P025 A98
	SELLADO DE SURCOS	PR P024 A98
	INACTIVACIÓN DE CARIES	PR P026 D60
<b>ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS</b>	CONTROL ODONTOLÓGICO	CT C010 A97
<b>MUJERES DE 20 A 64 AÑOS</b>	CONTROL ODONTOLÓGICO	CT C010 A97