



FICHA PERIODONTAL

Apellido y Nombre:.....
Domicilio:.....Localidad:.....
Tipo y N° de documento:.....
Teléfono:.....Edad:.....Fecha de Nacimiento:.....
Profesión:.....Asoc. N°:.....Plan:.....
Profesional:.....Matrícula N°:.....

Derecha

Diente	18	17	16	15	14	13	12	11
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
Prof. Bolsa								
Móvil								
Hemorragia en este cuadrante SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

Izquierda

Diente	21	22	23	24	25	26	27	28
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
Prof. Bolsa								
Móvil								
Hemorragia en este cuadrante SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

Diente	48	47	46	45	44	43	42	41
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
Prof. Bolsa								
Móvil								
Hemorragia en este cuadrante SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								

Diente	31	32	33	34	35	36	37	38
	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM	DM
Prof. Bolsa								
Móvil								
Hemorragia en este cuadrante SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>								