

# Ficha Periodontal

Fecha

Obra Social: ..... N° ..... Código: .....

Nombre y Apellido Beneficiario: ..... Edad: ..... Sexo:  M  F

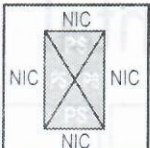
Profesional: ..... Matrícula Profesional: .....

|          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>D</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>F</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>M</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>H</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|          | <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"/> |
|          | 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                       |
|          | <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"/> |
| <b>H</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>M</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>F</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <b>D</b> |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

Observaciones: .....

.....  
 Firma y sello profesional

## Instrucciones



Con una sonda periodontal mida y anote:  
 La profundidad de bolsa (**PS**) por dentro del casillero y el nivel de inserción clínico (**NIC**) por fuera del mismo.

- D** Diagnóstico: G - PL - PG - et C - etc.
- F** Furcación: Con sonda de Nabers: grados I - II - III
- M** Movilidad: Grados 1 - 2 - 3
- H** Hemorragia: Sólo anote cuando sea positiva (+)

## Factores de Riesgo

Fuma: ..... Diabetes: ..... Emp. Lingual: ..... Resp. Bucal: ..... Bruxismo: ..... Medicamentos: ..... Otros: .....

## Plan de Tratamiento

.....  
 .....

Pronóstico: Bueno  Regular  Malo

Observaciones: .....

Por medio de la presente declaro que he sido informado acerca del tratamiento odontológico que requiero, de la conveniencia del mismo, sus alternativas y sus consecuencias.

.....  
 Firma Paciente

**Reservado Obra social**