

FICHA PERIODONTAL

BRISTOL M.

Entidad/Profesional: _____

Nro. de Prestador: _____

Asociado Nro.:

Nombre y Apellido:.....Edad:.....Fecha de Nacimiento:.....

Domicilio:.....Te:.....

DERECHA

IZQUIERDA

Diente	18	17	16	15	14	13	12	11	
	D	M	D	M	D	M	D	M	
Prof. Bolsa									
Móvil									
HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE								SI	NO

Diente	21	22	23	24	25	26	27	28	
	D	M	D	M	D	M	D	M	
Prof. Bolsa									
Móvil									
HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE								SI	NO

HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE								SI	NO
Móvil									
Prof. Bolsa									
Diente	D	M	D	M	D	M	D	M	
	48	47	46	45	44	43	42	41	

HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE								SI	NO
Móvil									
Prof. Bolsa									
Diente	D	M	D	M	D	M	D	M	
	31	32	33	34	35	36	37	38	

Firma del Asociado

Firma y sello del Profesional

Periodontitis leve	Sect. 1	Periodontitis Severa	Sect. 1
O moderada	Sect. 2		Sect. 2
	Sect. 3		Sect. 3
	Sect. 4		Sect. 4

Gingivitis Marginal Crónica

Bueno Regular Malo

DIAGNOSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

FECHA	CODIGO	PIEZA DENTARIA	CARA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PACIENTE	IMPORTE ₡
TOTAL \$						

13.01 – AUSENTE SIN AVISO
13.02 – AUSENTE CON AVISO
14.01 - ALTA

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL