



**IOSFA**

Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad

### FICHA DE USO ODONTOLÓGICO

Nombre y Apellido del Afiliado:

Fecha

Día Mes Año

DNI o Número de Afiliado:

Edad:

Domicilio del Afiliado:

Tel.:

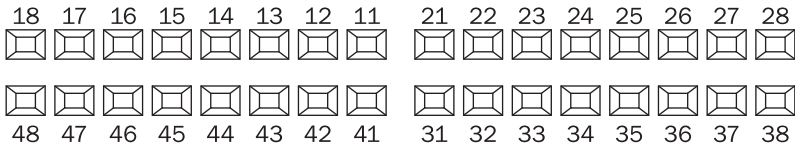
Nombre del Prestador:

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.



- Caries
- Corona
- Amalgama o composite
- Pr. Fija
- Pr. Removible
- Ausente
- Ortodoncia
- Extracción

Cant. piezas

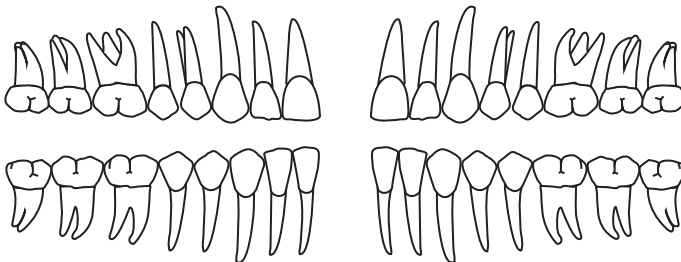
TOTAL

INSTRUCCIONES / OBSERVACIONES

#### TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS

Movilidad

Grid for mobility assessment



#### 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

Movilidad

Grid for mobility assessment

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