

# Control Odontológico

## ODONTOGRAMA

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td colspan="2"></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="8">DERECHA</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td colspan="2"></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11									55	54	53	52	51				DERECHA								85	84	83	82	81												48	47	46	45	44	43	42	41	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td><td colspan="2"></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="8">IZQUIERDA</td> </tr> <tr> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td colspan="2"></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td></td> </tr> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28									61	62	63	64	65				IZQUIERDA								71	72	73	74	75												31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																										
55	54	53	52	51																																																																																																													
DERECHA																																																																																																																	
85	84	83	82	81																																																																																																													
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																										
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																										
61	62	63	64	65																																																																																																													
IZQUIERDA																																																																																																																	
71	72	73	74	75																																																																																																													
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																										

H.C. N°: ..... Centro de Salud: ..... Area P.: .....

Nombre del niño: ..... Edad: ..... D.N.I.: .....

Nombre del Padre / Responsable / Tutor: ..... (Tacharlo que no corresponda)

Grupo Familiar integrado por: Padre  Madre  Hermanos (colocar cantidad)  Otros

### EXAMEN FISICO Y VACUNAS

Edad: .....

Peso: .....

Talla: .....

Tensión Arterial: Normal

Observado: .....

Vacunación Completa  Incompleta

¿Cuál?: .....

Examen Físico: Normal

Observado: .....

Derivación:  SI  NO

Enfermedad Crónica:  SI  NO

¿Cuál/es?: .....

Observado: .....

Derivación: .....

Fecha: .....

Firma y Sello del Médico

### MEDICACION

SI  NO

Cuáles?: .....

.....

Efectos Secundario que pueden incidir en el proceso de aprendizaje: .....

.....

.....

Tratamiento: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### EXAMEN DE:

AUDICION

Normal: .....

Observado: .....

AUDICION

Normal: .....

Observado: .....

.....

.....

Firma y Sello del Fonoaudiólogo

VISION

Normal: .....

Observado: .....

.....

.....

Firma y Sello del Profesional

Total temporarios  Temporarios sanos  Temporarios extraídos  Temporarios cariados

Total permanentes  Permanentes sanos  Permanentes cariados

Permanent Obturados  Permanentes extraídos  Sin caries

Placa bacteriana  SI  NO  Enf. Peridontal  SI  NO

Mala oclusión  SI  NO  Fluorosis  SI  NO

Cepillado dentario  SI  NO  Frecuencia: ..... veces por.....

Fisura labio alveolo palatino  SI  NO

Lesión de tejidos blandos: .....

Enfermedades sistemicas: .....

Ingesta de hidratos de carbono Tipo: .....

Normal:  SI  NO  Oportunidad: .....

Observaciones: .....

Nº de elementos: .....

Práctica realizada: .....

Fecha

Firma y Sello del Odontólogo