CLÍNICA INTEGRADA III
DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO PRESUNTIVOS

PACIENTE	
DIRECCIÓN	**TEL**
ESTUDIANTE	**TEL**
DOCENTE COORDINADOR	**FECHA**

1. DIAGNÓSTICO GENERAL

* SANO
* ENFERMO
* COMPENSADO
* NO COMPENSADO

2. DIAGNÓSTICO REGIONAL

* SIN DISFUNCIÓN DEL SIST. ESTOMATOGNÁTICO
* CON DISFUNCIÓN DEL SIST. ESTOMATOGNÁTICO

3. DIAGNÓSTICO LOCAL

3-1. CARIES

* NO PRESENTA
* INCIPIENTE
* AVANZADA
* AVANZADA CON COMPROMISO PULPAR

DIENTES_____

3-2. ENF. PARADENCIAL

* NO PRESENTA
* GINGIVITIS
* PERIODONTITIS

3-3. AUSENCIAS DENTARIAS

* NO PRESENTA
* INTERCALAR
* EXTREMO LIBRE
* MONOMAXILAR TOTAL

3-4. HIGIENE

* BUENA
* PLACA
* SARRO

4. PLAN DE TRATAMIENTO

4-1. CIRUGÍA

* SI
* NO

4-2. PERIODONCIA

* NO
* RASPADO Y ALISADO
* TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

4-3. ENDODONCIA

* NO
* ANTERIORES
* POSTERIORES

DIENTES_____

4-4. OPERATORIA DENTAL

* NO
* OBTURACIONES PLÁSTICAS
* OBTURACIONES EN BLOCK

DIENTES_____

4-5. PRÓTESIS REMOVIBLE

* NO
* COMPLETA
* PPR ESQUELÉTICA
* PPR A PLACA
* PPR COMBINADA
* MONOMAXILAR
* BI-MAXILAR

4-6. OTROS TRATAMIENTOS

5. PRESUPUESTO PRESUNTIVO

5-1. PLANIFICACIÓN $_____

5-2. ARANCEL DE FACULTAD $_____

5-3. ARANCEL DE LABORATORIO $_____

5-4. METAL-DIENTES ARTIFICIALES $_____

5-5. OTROS $_____

TOTAL **$_____**

6. POSIBILIDADES DE ACCESO AL TRATAMIENTO

* SI
* NO
* CON LIMITACIONES

7. ALTA

* ALTA BÁSICA MODIFICADA
* ALTA PARCIAL
* ALTA INTEGRAL

8. OBSERVACIONES

_____

_____

_____

_____

_____