

PBS PLAN BOCA SANA – 50506

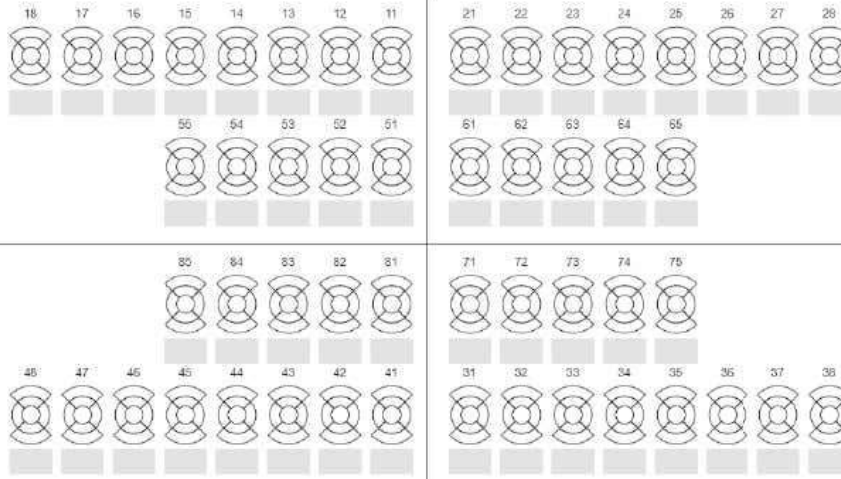
NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

EDAD:

ULTIMA CONSULTA PREVENTIVA:

FECHA:



ÍNDICE DE LÖE Y SILNESS (x donde corresponda)

0	1	2	3
No hay placa	Placa al raspaje	Placa a simple vista	Placa rodeando dientes

ÍNDICE DE SANGRADO POR CUADRANTE

(indicar con x donde se visualice sangrado al sondaje)

Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4

ÍNDICE DE CÁLCULOS (Indicar según corresponda)

0= sin calculo 1= calculo supragingival 2= calculo >1/3 gingival)

Cuadrante 1	Cuadrante 2	Cuadrante 3	Cuadrante 4

EXPERIENCIA DE CARIES (indica con x donde corresponda)

0 – Libre de caries, obturaciones/exodoncias	
1 - libre de caries / obturaciones	
2 – Libre de caries en el último año	

SECRECIÓN SALIVAR (indica con x donde corresponda)

Normal	
Moderado	
Bajo	

A modo de declaración jurada, afirmo que se han realizado los siguientes tratamientos preventivos:

1-Motivación, 2-Enseñanza de Técnicas de Higiene y Asesoramiento dietético, 3- Limpieza dental y 4 - Topicación con Fluor.

**FIRMA Y SELLO
PROFESIONAL**

**FIRMA Y ACLARACIÓN
TUTOR/PACIENTE**