



EXAMEN PREVENTIVO DE SALUD EPSA

Apellido y Nombres:..... D.N.I.:
Facultad:..... Carrera:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO Y ACCIÓN PREVENTIVA:

ODONTOLOGÍA:

Odontograma:

Observaciones: Marcar en rojo las obturaciones y piezas extraídas.
Marcar en azul las caries y extracciones a efectuar.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CPO

Cantidad Cariados: Total de dientes presentes: Cantidad Ausentes:
Cantidad Obturados: Extracciones indicadas:

Patologías Gingivales y Periodontal:

Observaciones: Marcar con una cruz las respuestas correctas.

Gingivitis SI NO Sangra SI NO Placa Bacteriana y/o Cálculo SI NO

Enfermedades Periodontal Bolsa de menos de 3mm Bosas de más de 3 mm

Cálculo Subgingival SI NO Cálculo Supragingival SI NO

¿Fuma? SI NO Cantidad de cigarrillos diarios:

Cepillado

¿Cepilla sus dientes? 1 vez por día 2 ó más veces por día NO

¿Usa Hilo Dental? 1 ó más veces por día No todos los días Nunca

Consumo diario de azúcares No Si

Hasta 4 veces por día Más de 4 veces por día



Prótesis Dentales Existentes NO SI

Superior: Parcial Completa **Superior:** Parcial Completa

Prótesis Dentales Indicadas NO SI

Superior: Parcial Completa **Superior:** Parcial Completa

Fluorosis Dentaria

Normal Dudoso Muy leve Leve Moderado Grave

Indicar localidad ó localidades de residencia en los primeros 10 años de vida:

.....

Agua que consume: Red Pozo o perforación Otra

Malposiciones Dentarias

Normal SI NO **Clase I Angle** SI NO

Clase II Angle 1ra División SI NO **2da División** SI NO

Clase III Angle SI NO **Mordida abierta** SI NO

Otras malas posiciones SI NO

Necesita tratamiento SI NO

¿Qué tipo de tratamiento?.....

Índice de Caries de Necesidad de Tratamiento Comunitario INTC

Índice de Periodoncia de Necesidad de Tratamiento Comunitario IPNTC

(Reservado exclusivamente para estadísticas de la Universidad Nacional de la Pampa).

Fecha:

.....

Firma y Sello del Odontólogo



VACUNA ANTITETÁNICA

ESTA PRÁCTICA SOLO SE PUEDE REALIZAR, EN CENTROS DE VACUNACIÓN OFICIAL
NO SE ACEPTAN DE MÉDICOS PRIVADOS

.....
Fecha de última dosis

.....
Firma y sello del CENTRO DE VACUNACIÓN

.....
Fecha de última dosis

.....
Firma y sello del CENTRO DE VACUNACIÓN

REVACUNAR SI LA ÚLTIMA DOSIS TIENE MÁS DE DIEZ AÑOS

**CAMPAÑA NACIONAL DE ELIMINACIÓN DEL
SINDROME DE RUBEOLA CONGÉNITA**

Vacunación: SI NO

LABORATORIO

ADJUNTAR EL ESTUDIO

Colesterol Total:

Glucemia:..... (Valor normal: 0.70 – 1.10 g/l)

V.D.R.L:..... Serología de Chagas:

Grupo y Factor: Huddleson:

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Bioquímico

ESTUDIO VISUAL

Agudeza Visual: Normal SI NO

Necesita Tratamiento (tipo):

Visión Cromática: Normal SI NO

Necesita Tratamiento (tipo):

.....
Fecha

.....
Firma y Sello del Oculista



ELECTRO CARDIOGRAMA (ECG):

ADJUNTAR EL ESTUDIO

Resultado:

.....

Observaciones:

.....

.....

.....

Fecha

.....

Firma y Sello del Cardiólogo