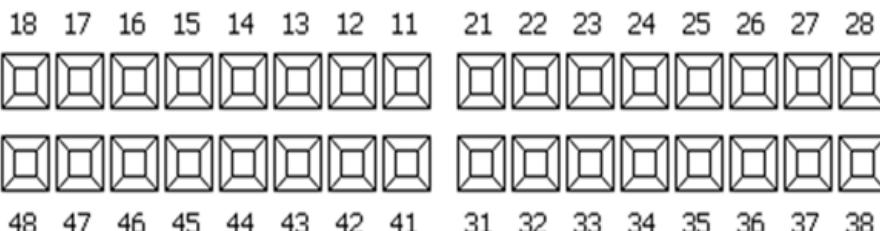


FICHA DE RELEVAMIENTO BUCAL Y FACTORES DE RIESGO DE LA EMBARAZADA

NOMBRE Y APELLIDO:	PROVINCIA/CIUDAD:
D.N.I:	TELEFONO: Email:
EDAD:	NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL:
TRIMESTRE DE EMBARAZO:	FIRMA Y SELLO PROFESIONAL:



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

REFERENCIAS

- *AZUL: tratamiento a realizar
- *ROJO: tratamiento realizado
- *E: estadio de caries Esmalte
- *D: estadio de caries Dentina
- *P: estadio de caries Pulpa
- *MB: mancha blanca
- *X: ausencia de piezas

Índice CPO

C	
P	
O	
CPO	

EXPERIENCIA DE CARIOS	
SI	NO
MANCHA BLANCA ACTIVA	
SI	NO

Índice Gingival

0: Sin inflamación	
1: Inflamación Leve	
2: Inflamación Moderada	
3: Inflamación Severa (tendencia al sangrado)	

FACTORES DE RIESGO. (Marcar con una X lo que corresponda)

Retención de PB	Si	No	Aplicación de flúor dentro de los últimos 6 meses:	SI	NO
Flujo Salival	Normal	Seco	Alguna enfermedad de base:	SI	NO
Uso de colutorios	SI	NO	Consumo de alimentos y/o bebidas azucaradas más de 4 momentos diarios?	SI	NO
Uso de pasta a diario	SI	NO	¿Se cepilla diariamente?	SI	NO