**CATEDRA DE ODONTOGERIATRIA – CICLO LECTIVO 2016**

**FICHA PARA DIAGNOSTICO Y PLANIFICACION DEL TRATAMIENTO**

**APELLIDO Y NOMBRE DEL ALUMNO:-----------------------------------------FECHA:--------------------**

**APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:-------------------------------------------------------------------**

**TIPO DE ANCIANO:**

**SANO: ENFERMO:  FRAGIL:  GERIATRICO: **

**DIAGNOSTICO INTEGRAL: ( V.G.I. :**

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO:**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**PLAN DE TRATAMIENTO:**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**FIRMA: PACIENTE:---------------------------- ALUMNO:----------------- DOCENTE:-----------------------**