



# TERCER EXAMEN DE INCORPORACIÓN CONTINGENTE DE

### DATOS BÁSICOS:

C.C.: \_\_\_\_\_

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRES: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: DD \_\_\_\_ MM \_\_\_\_ AA \_\_\_\_ SANGRE (RH): \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ /Kls.

TALLAS: S \_\_\_\_ M \_\_\_\_ L \_\_\_\_ CALZADO: \_\_\_\_\_ ESTATURA: \_\_\_\_\_ Cmts.

OJOS: \_\_\_\_\_ CABELLO: \_\_\_\_\_ PADRE: \_\_\_\_\_ MADRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

UNIDAD: \_\_\_\_\_ ORDEN DEL DÍA No. \_\_\_\_\_ ART. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

INDICE DERECHO

INDICE IZQUIERDO

FOTO FRENTE

FOTO PERFIL

### EXAMEN MEDICO:

APTO: SI  NO 

CONCEPTO: \_\_\_\_\_

COD. INHABILIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA EXAMEN: \_\_\_\_\_

MEDICO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

### CARTA DENTAL:

FECHA: \_\_\_\_\_

<b>D</b>	S	<b>I</b>
	LINGUALES	

ODONTÓLOGO: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ C.C.: \_\_\_\_\_

APTO:  ACTA No. \_\_\_\_\_ DEL: \_\_\_\_\_NO APTO:  O/DÍA No. \_\_\_\_\_ DEL: \_\_\_\_\_

CDTE. DIM No. \_\_\_\_\_

CDTE. UNIDAD: \_\_\_\_\_

SOLDADO: \_\_\_\_\_

FIRMA  
POSFIRMA  
C.C.FIRMA  
POSFIRMA  
C.C.FIRMA  
POSFIRMA  
C.C.**ESTE DOCUMENTO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL DIM ("PLAN L")**

# FICHA ODONTOLÓGICA

UTILIZANDO LA NOMENCLATURA DÍGITO DOS (FDI). DESCRIBA PARA CADA DIENTE EL ESTADO ACTUAL REFERENTE A LAS AUSENCIAS; ENFERMEDADES DE TEJIDOS DUROS ( caries, astricción, abrasión, erosión, reabsorción) OBTURACIONES PLATICAS Y RÍGIDAS; PRESENCIA DE RESTAURACIONES TIPO PRÓTESIS CON SU RESPECTIVA CLASIFICACIÓN Y MATERIALES; ALTERACIONES DE TAMAÑO, NUMERO, COLOR, POSICIÓN, FORMA; ALTERACIONES EN LA CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN. **NO UTILICE ABREVIATURAS.**

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

EN CASO DE ENCONTRAR TRATAMIENTOS PROTÉSICOS DESCRIBA EN OBSERVACIONES ASPECTOS IMPORTANTES DEL ESTADO DE LAS MISMAS (ubicación, CLASIFICACIÓN, dientes que reemplaza, materiales, estado de la las mismas) ASÍ MISMO HAGA LA DESCRIPCIÓN DE APARATO LOGIA ORTODONCIA Y ESTADO PERIDONTAL EN GENERAL (gingivitis, perodoncitis, retracción gingival, cálculos, placa, etc. ) ANOTE EL TIPO DE OCLUSIÓN Y DEMÁS ANOMALÍAS DENTOFACIALES (alteraciones en el tamaño de maxilares, prognatismo, retrognatismo, apiñamiento), RECUERDE ANOTAR ALTERACIONES DE TEJIDOS BLANDOS (lengua y mucosas).

## OBSERVACIONES:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA DE ELABORACIÓN DE LA FICHA: \_\_\_\_\_ UNIDAD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO EXAMINADOR: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ODONTÓLOGO EXAMINADOR: \_\_\_\_\_ CÓDIGO: \_\_\_\_\_